



Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

## **Representação Social dos Cuidados de Enfermagem: o caso de uma Instituição de Apoio à Pessoa Idosa**

**Autor: Jacqueline Crespo**

**Orientador: Professor Doutor Albino Lopes**

Dissertação para obtenção de grau de Mestre

em Administração Pública

Lisboa

2013

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais

Ao Cláudio

À Dra. Nazaré, assistente social da Instituição, que prontamente se disponibilizou para me  
ajudar

Aos utentes da Instituição que me contaram sua experiência

Ao Professor Dr. Albino Lopes por se ter disponibilizado a orientar a minha tese

Muito Obrigada

## RESUMO

A representação social dos cuidados de enfermagem é um tema cujos estudos são escassos.

O modo como os utentes vêem os cuidados de enfermagem a que são sujeitos em meio hospitalar é algo ainda pouco explorado. Este estudo visa saber se a representação social dos cuidados de enfermagem é aquela que os profissionais gostariam que fosse.

O método de recolha de pesquisa foi entrevistas por focus group (dois grupos de seis elementos) numa instituição de apoio ao idoso. Todos eles tinham como ponto comum pelo menos um internamento hospitalar, no qual puderam contactar com cuidados de enfermagem. As entrevistas mostraram a experiência de cada um dos entrevistados em meio hospitalar. Constatou-se uma inversão da representação dos cuidados de enfermagem relativamente ao que é leccionado nas escolas de enfermagem.

Verificou-se que se os cuidados de enfermagem são em grande medida biomédicos, contudo com uma consciência humanista dos seus profissionais. Ou seja, a identidade profissional do enfermeiro passa de um cuidador com saber biomédico, para um biomédico com componente humanista.

De facto o paradigma alterou-se dado que passamos de um “trabalho de cuidar” para uma “humanização do trabalho”.

Palavras-chave: Biomédico, Humanista, Representação Social, Qualidade e Identidade Profissional

## **ABSTRACT**

The social representation of nursing care is a topic with scarce studies.

The way in which users see the nursing care when they are in hospital is an issue still to be explored. This study seeks to determine whether the social representation of nursing is the one that the professional wants it to be.

The research method used was focus group interviews (two groups of six elements) in an institution that supports elderly people. They all had one factor in common, the fact that they had been hospitalized and had been subject to nursing care. The interviews demonstrated the experience of each elderly person in a hospital. There was a reversal in the representation that nursing care has in relation to what has been lectured at nursing schools.

It was found that nursing care is in large scale biomedical, yet with a great humanist component. Thus, the nurse's professional identity passes from a caregiver with biomedical knowledge to a biomedical with a humanist component.

In fact, the paradigm changed if one takes into account that we passed from a “work of taking care” to a “work of humanization”.

Key words: Biomedical; Humanist, Social Representation, Quality and Professional Identity

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. EXPERIÊNCIA PESSOAL – REFLEXÃO.....	12
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	20
4. METODOLOGIA.....	34
4.1 Metodologia de Focus-Group.....	36
4.1.1 Guião da entrevista .....	38
4.1.2 Realização da entrevista focus-group.....	39
5. ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	41
5.1 Análise dos dados .....	43
5.1.1 Pré-análise .....	43
5.1.2 Redução dos dados - Categorização .....	43
5.1.3 Codificação dos indicadores e sua frequência.....	45
5.1.4 Caracterização da amostra.....	46
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	49
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	51
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	60
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62

ANEXOS .....	65
--------------	----

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Frequências totais para cada categoria.....	49
--	----

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Idade dos entrevistados.....	46
Figura 2 – Sexo dos entrevistados.....	47
Figura 3 – Escolaridade dos entrevistados.....	47
Figura 4 – Dias de Internamento dos entrevistados.....	47
Figura 5 – Frequências Totais para cada categoria.....	49
Figura 6 – Diagrama das categorias.....	55



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AC – Análise de Conteúdo

DEC – LEI – Decreto de Lei

DGS – Direcção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

Dr. – Doutor

Dra. - Doutora

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

Sr. – Senhor

Sra. - Senhora

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo insere-se no *Master in Public Administration* – especialização em Administração da Saúde, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, como trabalho final de investigação, estando inserido na metodologia de Trabalho de Projecto.

A escolha do tema foi motivada pela minha experiência pessoal e profissional enquanto enfermeira, desde há seis anos até esta parte.

De facto como enfermeira é de meu interesse avaliar de que forma os cuidados prestados pela minha classe profissional são avaliados pela população alvo, os doentes. Desta forma, compete aos enfermeiros, no âmbito das suas intervenções autónomas, avaliar os resultados obtidos com os cuidados prestados e determinar a representação social dos cuidados de enfermagem.

Este processo está inserido numa política de qualidade uma vez que poderá dar indicadores importantes acerca de situações que carecem de melhoria a fim de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Ao longo dos últimos anos a profissão de enfermagem foi-se libertando da dependência do saber médico, pois começou-se a perceber que tem um papel muito importante numa sociedade. Contudo, uma realidade desfasada da que é leccionada nas escolas de enfermagem, no que se refere à prática de enfermagem, associado a novos formatos gestionários o trabalho de enfermagem até aos dias de hoje não ocupa o lugar na sociedade que os profissionais desejam.

Perante esta realidade, apoderou-se de mim um crescente interesse em elaborar uma pesquisa cujo objecto de estudo fosse: “representação social dos cuidados de enfermagem”. Para tal foram escolhidos utentes numa instituição de apoio à pessoa idosa que anteriormente já estivessem estado internados, logo em contacto com cuidados de enfermagem. Surge então o tema de pesquisa: “representação social dos cuidados de enfermagem: o caso de uma instituição de apoio à pessoa idosa”.

Para que pudesse direccionar a investigação formulei uma questão de investigação:

- a representação social que os utentes anteriormente sujeitos a internamento hospitalar têm de nós é a que queremos que tenham?

De facto este problema/ questão surge como ponto de partida para esta investigação.

Para além disso, com esta pesquisa pretendo perceber qual a “posição” do doente relativamente aos cuidados de enfermagem que foram prestados no internamento, bem como, analisar como e para onde evolui a qualidade dos cuidados. Com esta investigação pretendo ainda, perceber se a representação social da acção terapêutica permite diferenciar os enfermeiros como cuidadores ou tratadores.

Assim que percebi que este seria um tema interessante tive oportunidade de fazer uma pesquisa bibliográfica e verifiquei que os estudos na área das representações sociais dos cuidados de enfermagem são escassos, até porque considero que estudos respeitantes a representações sociais podem levantar questões de pertença e identidade profissional. Este facto aumenta a relevância do estudo de investigação.

Através da revisão da literatura, com base na metodologia qualitativa tendo como técnica de recolha de dados a entrevista por focus group, considero poder sustentar a ideia de que este estudo poderá contribuir para o conhecimento da representação social dos cuidados de enfermagem, dada por discurso directo dos utentes sujeitos aos referidos cuidados de saúde.

## **2. EXPERIÊNCIA PESSOAL – REFLEXÃO**

No momento da escolha do tema para dissertação de imediato defini que seria um tema relacionado com a minha área profissional, a enfermagem.

Analisando o que pudesse ser proveitoso e importante para a minha prática enquanto profissional, surgiu então o tema da representação social dos cuidados de enfermagem.

O progresso técnico-científico criou um bem-estar nunca antes atingido e permitiu, inclusive, o domínio da natureza. Por outro lado, residimos numa sociedade cuja mentalidade está impregnada de imediatismo a pragmatismo, uma sociedade em que a eficácia e o êxito se apresentam como valores inquestionáveis e, portanto, onde a filosofia parece desprovida de qualquer interesse. (França, 2012)

De acordo com França (2012) a filosofia tem uma importância imensa numa sociedade e na relação interpessoal uma vez que “é a procura de um saber, mas de um saber profundo, não se contentado com as aparências, mas indo sempre à raiz dos problemas, reflectindo sobre a própria reflexão”. (França, 2012, p. 15)

De facto, para que possamos evoluir numa sociedade e nos comportamentos que adoptamos, devemos reflectir sobre os nossos actos. O objectivo da reflexão é de “reenviar o ser a ele mesmo, a partir da sua dispersão, é de o reunir de certa forma com ele mesmo nesse lugar central de unificação que está no si humano, o coração da autenticidade”. (França, 2012, p. 19)

Desde logo, e pelo facto de querer como enfermeira melhorar a minha prática de enfermagem, o mais pertinente foi escolher algum tema que suscitasse interesse e cujos resultados obtidos com o estudo e após sua análise pudessem servir para melhorar algo.

Nesse sentido e no presente caso, a Enfermagem é uma área de conforto, como anteriormente referi, logo o tema ser nesse âmbito. Surge então a ideia, e após pesquisa bibliográfica, de ser feita uma dissertação na área da representação social dos cuidados de enfermagem, para que desta forma como enfermeira pudesse saber como os doentes anteriormente sujeitos a

internamento hospitalar analisam e interpretam os cuidados prestados por esta classe profissional.

É neste contexto que me proponho a realizar este estudo, por considerar que o enfermeiro tem uma posição privilegiada na abordagem deste tema. Para além disto, tornasse importante o estudo desta problemática uma vez que esta é uma forma de se analisar a qualidade dos cuidados de enfermagem praticados.

O interesse pelo estudo surge pelo facto de ser Enfermeira e desta forma sentir que nesta profissão existe em muitos momentos o desvirtuar da profissão e da sua essência.

Nos ensinamentos clínicos aquilo que é preconizado e defendido é que a essência da enfermagem seja o “cuidar”, em que não se limitem a “ouvir” mas sim em “escutar”. Contudo, e findos seis anos de experiência profissional pessoal, pude constatar que este paradigma aquando da transposição para o terreno hospitalar desvirtua-se. Isto acontece dado que, os recém formados são de tal forma aglutinados pela pressão do tempo, pela pressão do “fazer rápido” que toda a essência da profissão fica para segundo plano, em que se instala um “fazer por fazer” sem tempo para conversar e estar efectivamente com o doente, apenas desenvolvendo o lado tecnicista, esquecendo o lado da palavra de conforto e do acolhimento, que de facto é uma peça tão ou mais importante para o tratamento do doente.

Há cerca de 10 anos atrás surgiu em mim a ideia de ir para o curso de enfermagem. Na altura um turbilhão de emoções e de confusões se instalaram na minha mente, pois se por um lado queria muito ser enfermeira, por outro não sabia se teria capacidade de seguir essa profissão de forma correcta e profissional.

Mesmo com este misto de emoções decidi-me a concorrer para a licenciatura em enfermagem e entrei na Escola Superior de Saúde da Guarda no ano de 2003. Na altura e após saída dos resultados apoderou-se de mim um sentimento de felicidade imenso, porque uma nova etapa da minha vida ia iniciar-se, contudo longe de casa.

Ao longo dos quatro anos de licenciatura deparei-me com muitas situações, que exigiram de mim uma carga emocional intensa. Como em tudo na vida há momentos que nos marcam para sempre e no meu percurso académico e depois como profissional existiram momentos que

ainda hoje me estão no pensamento e que ajudaram a molda e a formar a minha actividade como enfermeira.

De facto, estes vários momentos marcantes serviram como ponto de partida para esta pesquisa, uma vez que me levaram a aguçar o interesse pela opinião, em discurso directo, dos utentes acerca dos cuidados de enfermagem que outrora foram sujeitos.

De seguida irei relatar três situações que me marcaram e que ainda hoje não tirei da memória.

No segundo ano de licenciatura finalmente tivemos o primeiro contacto com pessoas de verdade saindo desta forma do campo da simulação. De acordo com a matéria leccionada no semestre, o ensino clínico foi na área da obstetrícia.

O meu campo de estágio foi no Hospital da Covilhã no serviço de obstetrícia (puerpério e grávidas) e bloco de partos. De facto, tendo sido o primeiro contacto nunca mais me pude esquecer deste ensino clínico. Não era de todo uma área de eleição para mim mas mesmo assim esforcei-me ao máximo para poder tirar o maior proveito possível do mesmo. Lembro-me que na altura tive plena noção que aquelas mulheres e bebés dependem imenso de nós enfermeiros e que durante o internamento tudo o que possa dizer-lhes é por elas absorvido e poderá, em grande medida, conduzir a actos por ela praticados o resto da vida no tratamento aos seus filhos. Para além disso, do serviço faziam também parte grávidas, que por diversos motivos necessitavam de internamento, necessitando também de apoio emocional. Lembro-me em particular de uma situação que me marcou muito porque de facto foi a primeira vez que me deparei com o sofrimento humano. A situação foi a seguinte, uma senhora que estava internada grávida do seu primeiro filho, que no início da gravidez teve ameaça de aborto pelo que necessitava de vigilância hospitalar. Após uns dias de internamento a senhora faz uma ecografia e verifica-se que o feto está morto.

De facto, o pior aconteceu mesmo após o esforço de toda uma equipa médica e de enfermagem. Agora era

necessário proceder-se à expulsão do feto *in* útero por meio de comprimidos. A senhora após lhe ter sido explicado todo o processo pelo qual iria passar ficou de rastos. Aí percebi que o

ser humano é de facto muito vulnerável e quando de repente parece ser o mais feliz do mundo, no momento seguinte tudo pode acabar.

No dia seguinte, a minha professora atribuiu-me aquela senhora para o meu dia de ensino clínico. A grávida ainda estava no decurso do processo de expulsão do feto, logo carregada de tristeza e sofrimento. Na altura lembro-me de ter pensado para mim mesma que não seria tarefa fácil, ainda mais por ser este o meu primeiro contacto com internamento hospitalar sem ser em situação de prática simulada.

Contudo, senti que nesse dia tinha superado as minhas expectativas porque não consegui em momento algum deixar de dar o meu apoio e força àquela pessoa que estava tão frágil e debilitada psicologicamente e fisicamente. Lembro-me de ter saído do hospital de rastos e com a mente preenchida pelas lágrimas constante daquela senhora, à qual o sonho da maternidade tinha por momentos lhe sido “roubado”. Por vários dias, de forma intermitente aquela senhora foi-me atribuída pela professora e percebi que ela sentia muito conforto em conversar connosco porque sentia que a escutávamos e que mesmo que não fizéssemos a mínima ideia do tamanho do seu sofrimento tentávamos a todo o custo amenizá-lo. De facto, senti que para aquela mulher eu e os meus colegas representávamos muito naquele momento dado que até que seus entes queridos chegassem para visita diária, éramos nós alunos e a restante equipa de enfermagem que lhe conferíamos parte do apoio que naquele momento ela necessitava.

No ensino clínico do serviço de cirurgia recordo-me de me ter sido distribuída pela professora uma doente idosa, viúva, com filhos, com a qual passei largas horas a conversar, que me confidenciou algumas das suas tristezas e também alegrias de vida. Recordo-me que estava muito nervosa porque nesse dia à tarde iria ser intervencionada e encontrava-se triste pelo facto de não ter naquele momento de tanto nervosismo, ninguém da sua família para a confortar e apoiar. Senti que naquele dia tinha sido de facto muito importante para ela, uma vez que tinha conseguido, mesmo que por poucas horas, ser a sua confidente e que lhe tinha por determinados momentos “arrancado” sorrisos e boa disposição. De facto, por dentro, e de acordo com o seu discurso, a doente encontrava-se triste e sentia-se sozinha porque durante o internamento a sua família tinha sido pouco presente, e da parte dela tinha esperança que ao menos na véspera da cirurgia eles a acompanhassem, facto que não aconteceu. Contudo como

já referi, senti que pude ajudá-la naquele momento tendo sido o seu ombro amigo e companheira.

Terminado o meu turno fui-me despedir da doente e dar-lhe o último reforço positivo e ânimo dado que a cirurgia seria da parte da tarde, e só nos voltaríamos a ver após a cirurgia.

No dia seguinte, como habitual, fui para mais um dia de estágio, quando não é o meu espanto, no momento em que percebo, que a doente não se encontrava na sua cama. Mesmo antes da passagem de ocorrências questiono as enfermeiras do turno da noite acerca do paradeiro da doente, quando me dizem que a doente tinha tido uma complicação durante a cirurgia e que tinha falecido no decorrer da mesma.

Para mim foi algo que não estava de todo à espera e que me deixou mesmo muito triste e perturbada. Durante muito tempo fiquei triste e sem perceber porque uma pessoa teria de sofrer tanto. Com o passar do tempo, analisando a situação de uma forma mais racional verifiquei que eu tinha sido a pessoa mais importante nos últimos momentos de vida daquela senhora e que o último sorriso da mesma tinha sido para mim e comigo.

Pude perceber que, a enfermagem tem um lado humano que é muito importante e precioso para os doentes. De facto, a ligação próxima que estabeleci com aquela doente permitiu-me perceber um pouco da sua vida e estabelecer uma relação de cuidar e não de tratar, uma vez que não me limitei a ouvi-la mas sim a escutá-la.

Terminada a etapa de estudante de licenciatura em enfermagem cerca de cinco meses depois início e minha carreira profissional no Hospital de Santa Maria em Lisboa, no serviço de Medicina Interna, onde pude começar a perceber de que forma o paradigma, que anteriormente referi, começa a desvirtuar-se. Contudo ainda assim irei relatar duas histórias que em que me senti bastante realizada enquanto profissional.

Uma das histórias que recordei foi a história de uma senhora na casa dos 50 anos, casada, com um filho, com um irmão muito presente também na sua vida, que desde o primeiro internamento, mesmo que em muitos momentos não tenha sido possível um contacto mais prolongado da nossa parte, por escassez de tempo e excesso de trabalho, sempre que



necessitava de internamento pedia para ser no serviço de medicina interna no qual exerce funções.

Esta senhora lutava há já vários anos contra uma doença neoplásica. No seu primeiro internamento era uma senhora que executava de forma autónoma todas as actividades de vida diária. Progressivamente nos múltiplos internamentos que foi tendo, o seu grau de dependência foi aumentando. De facto, também pelas vezes que esteve internada no serviço foi uma doente em que o grau de carinho e proximidade era grande. Da parte da família era claro que para eles a equipa de enfermagem era um grande apoio e em muitos momentos confiante. O contacto prolongado, devido aos múltiplos internamentos, durante toda esta caminhada da doente e respectiva família fez com que o lado humanista da profissão se sobrepusesse ao tecnicista.

No último internamento que teve, a doente entrou com franco agravamento do seu estado de saúde, com imensa dificuldade respiratória, em que para a família um desfecho menos agradável estava presente nas suas cabeças. Posso falar com verdadeiro conhecimento de causa de como tudo se sucedeu porque estava presente nas últimas horas de vida da senhora.

A situação não foi fácil de gerir, ainda mais devido a toda a envolvimento durante os últimos meses de vida da senhora. Recordo-me que já estava para lá do horário de visita, e dada a situação o seu irmão pôde ficar até mais tarde, tendo-lhe também dito que poderia pernoitar se assim entendesse. Perto da hora de jantar o irmão da senhora veio chamar-me de uma forma muito aflitiva. Quando cheguei junto da doente verifiquei que esta estava nos últimos momentos da sua vida e com um olhar consegui transmiti-lo ao seu irmão. Para meu espanto, e dado ter sido uma situação inaugural para mim, o senhor pede-me que fique junto deles até que a morte se efectivasse. A imagem que retenho é a de estar um de cada lado da cama de mão dada com a senhora a observar em silêncio o último suspiro da mesma. No momento em que o senhor percebe que a sua irmã tinha falecido vem ter comigo, ao outro lado da cama, abraça-me de uma forma tão profunda e sentida e diz “obrigado por tudo”.

Naquele momento não pude deixar de me emocionar e perceber que de facto a equipa de enfermagem e os cuidados por ela prestados tinham representado muito para aquela doente e família. Prova disso foi o facto de me ter chamado para junto dele quando percebeu que

estaria por breves instantes a morte da sua irmã, e não havendo mais nenhum familiar junto dele preencheu e veio buscar esse apoio e carinho à equipa de enfermagem.

São sempre situações muito difíceis de gerir mas que ao mesmo tempo me fazem pensar que naquele trajecto de vida daquelas pessoas nós fomos de facto muito importantes.

Por último descrevo mais uma situação que me marcou e na qual pude perceber a importância dos cuidados de enfermagem e do “cuidar”.

Por vários anos seguidos que tenho trabalhado a época do Natal e confesso ser uma época muito nostálgica e triste para se trabalhar. Para além de estarmos privados de passar essa época com as nossas famílias, vemos em muitos dos olhares daqueles doentes uma enorme tristeza também. Então, procuro que naquela época o companheirismo, carinho e atenção sejam redobrados, que pelo contacto prolongado e permanente é possível.

Na sequência disto recordo-me de uma situação em particular de um doente que tinha estado internado no serviço até cerca meados de Dezembro, tendo por isso ficado todo contente pelo facto de ir passar o Natal a casa. No entanto, a sua situação agravou e teve de ser reinternado dois dias antes do Natal. Claro que, para ele e para sua família foi um momento muito triste. Na véspera de Natal estava de serviço e pude constatar que o doente se encontrava numa grande tristeza. Então, para que pudéssemos todos proporcionar-lhe um momento de conforto fui eu e o meu colega de equipa para junto do doente com fatias de bolo-rei e café e ceamos com o doente.

Naquele momento estávamos mesmo a usar apenas o coração como terapêutica e garantimos um grande sorriso e ternura da parte dele porque naqueles instantes nós fomos a sua família e ele a nossa.

De facto, o problema que emerge é de saber se na profissão de enfermagem o carácter técnico se sobrepõe ao carácter humanista.

As pessoas ao pensarem no enfermeiro vão construir uma ou várias imagens, consoante as suas experiências, as leis pelas quais se regem, a sua origem e cultura e os contactos que já tiveram com estes profissionais. Por conseguinte, tentar-se-á construir uma imagem social dos

cuidados de enfermagem, sendo esta representação mental influenciada pela sociedade em geral e pelo contexto particular onde está inserido.

É por isso que, a parceria e cumplicidade entre o profissional e o doente é importante para que o plano de cuidados seja bem sucedido. O sucesso aqui representa qualidade nos cuidados e por consequência proporcionar melhor qualidade de vida.

O conhecimento da opinião dos doentes sobre temáticas como qualidade dos cuidados e modo como o enfermeiro actua no exercício da sua profissão, avalia conjuntamente a eficácia e a resolubilidade dos serviços de saúde e principalmente fornece dados e pistas importantíssimas para que ocorram mudanças caso necessário ou simples reajustes na forma de actuação do enfermeiro, sempre com o fim último de melhorar e crescer.

Este problema surge com o objectivo de perceber que representação social tem o utente dos cuidados de enfermagem, se humanistas ou tecnicistas. Se a interacção do cuidar é de facto feita com a enfermagem, ou se pelo contrário, a prática de enfermagem altamente biomédica e não tanto humanista.

Este percurso por mim desenhado que levou a esta reflexão surge da necessidade de reflectir no que de facto é importante e essencial na prática de enfermagem.

A prestação de cuidados de enfermagem levanta questões deontológicas de grande complexidade, na medida em que nela se exige uma especial atenção à pessoa no seu todo e nomeadamente à pessoa vulnerável em situação de doença.

Se a busca do “bem agir” impõe, de um modo geral e a cada um dos profissionais de enfermagem, um esforço significativo no desempenho da sua profissão pode constituir também um desafio particularmente importante na área das ciências ligadas à saúde.

A necessidade de reflectir sobre o modo como construir uma formação adequada no âmbito particular da prestação de cuidados de enfermagem, levou-me à construção deste texto como ponto de partida para a construção de uma tese intitulada: “Representação Social dos Cuidados de Enfermagem: o caso de instituição de apoio à pessoa idosa”.

### **3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Nos últimos anos a profissão de Enfermagem foi-se libertando da dependência do saber médico, incorporando parte dele. A enfermagem tem vindo a assumir ao longo da sua história um papel preponderante em múltiplos domínios de intervenção na área da saúde. Tem procurado responder aos desafios de partilhar experiências que possam de algum modo contribuir para firmar a identidade específica e o desempenho da profissão.

Considerando a enfermagem, esta é uma investigação cujo tema desperta grande interesse, pois o pretendido é aceder a diversas imagens e representações do que é ser enfermeiro do ponto de vista dos doentes que cuida.

Uma vez que a pesquisa foi realizada numa instituição de apoio à pessoa idosa importa definir este conceito. O conceito de Pessoa Idosa é um conceito complexo e dinâmico, difícil de traduzir em algumas palavras, pois reflecte todo um conjunto de factores biopsicossociais. No entanto, o conceito de Pessoas Idosas, seguido neste estudo, reporta-se ao conjunto de indivíduos com 65 e mais anos de idade, indo de encontro à definição utilizada pelo Conselho da Europa e pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

Embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações bio-psico-sociais pelas quais todas as pessoas idosas passam levam ao aparecimento de algumas deficiências e ao aumento da predisposição à doença. A este respeito a Direcção Geral de Saúde refere que os últimos anos de vida são acompanhados de situações de doença e incapacidade, susceptíveis de prevenção (DGS, 2004).

Individualmente o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. Contudo, o processo de envelhecimento não pode ser definido apenas por critérios cronológicos, mas sim segundo uma abordagem holística que tenha em conta a análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo.

De facto os idosos são mais vulneráveis e como tal mais susceptíveis a internamentos hospitalares. Aí os utentes devem ser apoiados pela equipa de saúde para que o quanto antes possam regressar à comunidade.

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde devem funcionar como mediadores entre os utentes e as administrações, constituindo-se como defensores das populações, elaborando em conjunto com elas programas e estratégias adaptadas às suas necessidades em termos de saúde. De entre esses profissionais de saúde, os enfermeiros são os que estão em melhores condições para desempenhar o papel de educadores para a saúde, uma vez que adquirem a melhor posição na prestação de cuidados de enfermagem.

“A Enfermagem é um caso paradigmático de integração harmoniosa dos saberes provenientes quer das ciências naturais, quer das ciências humanas. O seu objecto de estudo é o Homem encarado de uma forma holística” Carvalho (2006, p.64), ou seja, vê o doente como um Todo (físico, psíquico e espiritual) e não só a soma de todos os seus órgãos em funcionamento. A enfermagem vê as pessoas como seres totais, que possuem família, cultura, têm passado e futuro, crenças e valores que influenciam as suas experiências de saúde e doença.

Normalmente, o Homem não se preocupa com aquilo que, para ele, é “real” e “conhecido”, a não ser que tropece num problema qualquer (Sorensen, 1998). Depreende-se, através dos contactos obtidos em contexto de trabalho e durante os estágios realizados, que os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, sentem que a profissão de enfermagem ainda não é suficientemente reconhecida pela sociedade.

A profissão de enfermagem comporta dois campos de actividade:

- Tradicional, inerente à prescrição médica, onde o enfermeiro se situa como executante dos actos prescritos pelo médico;
- Actividades autónomas sobre as quais os enfermeiros têm sabedoria adequada e saber próprio e a respectiva autonomia. (Guimelli, 1994)

Compete aos enfermeiros no âmbito das suas intervenções autónomas, avaliar os resultados obtidos com os cuidados prestados por si e desta forma poder determinar a satisfação e a representação social que o doente faz de si e dos cuidados de enfermagem. Este processo está inserido numa política de qualidade da instituição, constituirá como indicador de resultados que permitirá identificar oportunidades de melhoria e garantir a qualidade dos serviços de enfermagem prestados.

De acordo com Carvalho (1996), a enfermagem tem a função educativa de esclarecer, promover, apoiar e ensinar as pessoas. Para além disso, deve promover e participar na recuperação das pessoas, colaborando com os outros técnicos de saúde, nas áreas educativas e sociais. Para o mesmo autor, a profissão deve ser encarada com a preocupação de defesa da liberdade e dignidade humana.

De acordo com o código deontológico do enfermeiro, a igualdade, a liberdade responsável, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional constituem valores universais a observar na relação profissional entre o enfermeiro e o doente.

O pretendido na profissão de enfermagem é que os cuidados sejam cada vez mais virados para o que é realizado com a pessoa e menos para o que é feito à pessoa. Quer isto dizer que, os enfermeiros devem prestar cuidados cada vez mais específicos, individuais e inseridos no contexto de cada doente. (Carvalho, 1996).

Para Collière (1989), não é possível clarificar o campo da competência de enfermagem sem esclarecer a diferença entre cuidar e tratar.

Cuida-se quando se proporciona a um ser tudo o que é necessário ao seu crescimento e desenvolvimento. Trata-se quando um ser tem uma patologia e, em função de tal, se aplica um tratamento, olhando apenas à patologia e não ao ser humano presente. (Collière, 1989)

Em enfermagem cuidar significa uma infinita variedade de actividades que visem a manutenção da vida. Para Collière (1989, p.306),

(...) Cuidar será mobilizar em alguém o que vive, tudo o que é portador de vida, toda a sua vitalidade, o seu vital poder, como Florence Nightingale gostava de dizer, isto é, todo o seu potencial de vida, mas também toda a vida que tem em potência e que pede para se desenvolver como na criança ou toda a vida que existe em potência até ao limiar da morte, não para prolongar todo o custo, mas para procurar aquilo que a pessoa ainda dá valor. Com aquele olhar a uma pessoa querida, aquela mão que ainda deseja tocar. (p.306)

O cuidar na profissão de enfermagem visa proporcionar a satisfação do doente e respectiva família, proporcionando-lhe bem-estar e concedendo-lhe qualidade de vida.

Para Heesben (2001, p. 16) “cuidar designa a atenção positiva e construtiva prestada a alguém, com o objectivo de fazer algo por alguém ou com ele.”

Watson (2002) considera, assim, que o cuidar é uma arte, na medida em que, através desta prática, o ser humano tem a capacidade de expressar claramente sentimentos pessoais vividos, que, por sua vez, são também experimentados pelo receptor da interacção do cuidar. A arte de cuidar é assim considerada como uma forma de comunicação e expressão de sentimentos humanos, exigindo envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento, primariamente, para com o próprio e para com os outros humanos.

Ao analisarmos a palavra “cuidar”, de acordo com França (2012, p. 236), esta “deriva do latim *cogitare*, tendo como significado: fazer com cuidado; pensar; reflectir; aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação” na prática de enfermagem. Por tudo isto, o enfermeiro deve ser dotado de emoções, estas estão no cerne daquilo que permite ao enfermeiro perceber, sentir, conhecer e compreender a maneira como o doente sente o que vive, o que lhe traz prazer, aquilo que o faz sofrer, o que o motiva e o que o ameaça.

Carvalho (1996) considera que um dos princípios fundamentais da enfermagem é manter e enfatizar a relação enfermeiro/doente com laços de paternidade e de solidariedade, para que as rotinas hospitalares ganhem um sentido positivo, para que a doença seja sentida como um percurso a mais na vida, com o fim próximo da cura.

Lazure (1994) diz que a relação enfermeiro – doente é uma relação de ajuda, em que o enfermeiro dá do seu tempo, competência, do seu saber, da sua capacidade de escuta e compreensão.

Para França (2012), a prática de enfermagem implica um determinado envolvimento emocional, contudo este envolvimento de emoções de ambas as partes, em que o doente se encontra vulnerável, conduz por consequência a uma maior vulnerabilidade do enfermeiro enquanto prestador de cuidados, uma vez que estando envolvidos emocionalmente e numa

relação de cuidar com o doente, não conseguem ficar indiferentes ao outro, sendo afectados pelos seus problemas.

Porém deve existir uma certa neutralidade, ou seja, a denominada “distância terapêutica”, em que as emoções não devem estar ausentes, consistindo em saber distinguir o que o profissional de enfermagem sente, daquilo que o doente sente. Só desta forma se consegue cuidar do doente sem que sejamos asfixiados pelo seu sofrimento. Caso contrário, o seu sofrimento passa a ser o nosso, enquanto profissionais, podendo angustiar-nos de tal forma que perturbará a nossa actividade profissional. (França, 2012)

Pelo facto de o cerne da *praxis* da enfermagem ser a componente relacional e emocional, torna o enfermeiro mais exposto às emoções positivas e negativas do doente. Para além de aprender a gerir as suas próprias emoções, o profissional de enfermagem deve aprender a lidar com a raiva, frustração, alegria e tristeza dos doentes e seus familiares. Todavia, a sua prática também é recompensada com sorrisos, palavras de afecto, um olhar, abraços e respeito pela dignidade da profissão. (França, 2012)

Deste modo, entende-se hoje que os cuidados de enfermagem têm que estar assentes num modelo de trabalho em parceria que promova a autonomia dos doentes, pois a sua ausência traz frequentemente consequências aos níveis sociais, psicológicos e físicos desta população (Gomes, 2002). Cuidar implica assim respeitar a pessoa em todas as suas vertentes, olhando-a como um ser individual e único com características/vivências próprias, promovendo nesta a reflexão e a tomada de decisão, no seu projecto de vida e saúde. Para Hook (2006) a comunicação e a partilha mútua de conhecimentos/informações é, muito importante para o respeito e promoção da autonomia da pessoa idosa doente hospitalizada e para um trabalho em parceria com a mesma.

Os cuidados devem centrar-se no doente (modelo humanista), pelo que a organização do trabalho deve deixar de ser centrada nas tarefas (modelo biomédico), abrangendo também o ambiente que o rodeia, pelo que a relação deve deixar de ser dominadora para haver empatia e ajuda, passando o doente a fazer parte integrante da equipa de saúde. Deve estar sempre presente a preocupação com a qualidade e continuidade dos cuidados prestados. (Collière, 1989)



De acordo com Ribeiro citado por Serra (2000), a enfermagem deve ser transcultural para que seja feita e a valorização das crenças dos doentes, uma vez que estas influenciam muito a forma como as suas necessidades se manifestam.

De facto é importante que o profissional de saúde veja o doente como parceiro nos cuidados, mas isso implica perceber as representações sociais que o doente tem acerca dos cuidados que o enfermeiro lhes presta e o modo como estes podem influenciar a relação que se estabelece.

As representações sociais são muito importantes para a compreensão de uma população e os seus comportamentos dentro de uma sociedade, pois a forma como vemos o outro pode influenciar frequentemente o modo como nos comportamos com o mesmo.

O termo representação vem do latim *repraesentare* e segundo Fernandes (2004) pela filosofia é o modo como um objecto é entendido pelo espírito, e pela psicologia é uma percepção, uma imagem mental, onde o conteúdo se refere a um objecto, a uma situação, uma cena do mundo no qual a pessoa vive.

Para Vara & Monteiro (2002, p.461) a representação “exprime a relação de um sujeito com um objecto, relação que envolve uma actividade de construção e de simbolização”.

De facto o que é percebido pelos outros a nosso respeito influencia o modo como cada um se comporta, de acordo com Serra (2000) a representação que cada um tem de si mesmo dado que vivemos em sociedade, será em grande parte das vezes influenciado pela opinião, expressa ou não, que as outras pessoas têm de nós. Os nossos comportamentos são influenciados se nos apercebermos que os outros têm uma imagem negativa de nós, causando sofrimento e este será tanto maior quanto mais essa imagem se apoiar em factos que não dependam dos nossos actos. (Serra, 2000)

No caso do enfermeiro os seus comportamentos, consequentemente os cuidados por si realizados, também serão influenciados pelo modo como os doentes os vêem e se o expressam ou não.

De facto, os enfermeiros não estão alheios a estas situações, havendo vários factores que poderão influenciar as atitudes sociais relativamente ao doente e aos cuidados prestados, e de

alguma forma comprometer as relações que se estabelecem. A relação de parceria nos cuidados de enfermagem é assim fundamental para se respeitar a individualidade e promover a autonomia do doente, pois o enfermeiro tem de olhar o outro de uma forma única e individual, livre de crenças e estereótipos. Por vezes, há a tendência de forma involuntária, e porque a população alvo dos serviços hospitalares se encontra fragilizada, de estar presente a representação social de o enfermeiro ou qualquer outro profissional de saúde decidir pelo doente, partindo-se erradamente do pressuposto e da representação social criada de que se está hospitalizado está fragilizado/debilitado e sem capacidade para tomar decisões, por menores que sejam.

O enfermeiro na prestação dos cuidados de enfermagem deve evitar ao máximo a influência por parte das representações sociais, deve exercer o seu trabalho tendo sempre presente o respeito pela pessoa em todas as suas vertentes, promovendo nesta a reflexão e a tomada de decisão, pois é ela a responsável pelo seu projecto de vida e saúde (Watson, 2002). Assim a “ (...) humanização e qualidade dos cuidados passam por valorizar aquilo que os idosos têm para nos dizer, que hábitos de vida estão na raiz do seu comportamento” (Anjos & Leal, 2005, p.15), e tendo em conta essas informações o enfermeiro intervirá junto dos mesmos promovendo a reflexão e a tomada de decisão quanto aos comportamentos de saúde a adquirir.

O enfermeiro é um profissional que presta cuidados de saúde, a partir de um saber técnico e humano, de uma preparação científica e de uma assunção de responsabilidades, guiando-se por um código deontológico (DEC-LEI 104/98), que estabelece como princípios básicos: Autonomia possível, liberdade e responsabilidade a assumir; Beneficência ou busca de um bem maior ou mal menor em situação negativas; Não - maleficência, a si mesmo ou aos outros por acção ou omissão; Justiça comunicativa ou distributiva, na base da equidade e limitação dos bens; Igualdade de oportunidade, sem fazer acepção das pessoas a cuidar; Excelência e eficiência dos cuidados que implica competência, honestidade e vigilância no diagnóstico, prognóstico e plano de cuidados; Confidencialidade, sigilo natural, profissional com atitude respeitadora dos direitos recíprocos e da solidariedade eficaz e; Informação prévia e consentimento explícito e personalizado entre o emissor e receptor, entre o profissional de saúde e a pessoa alvo de cuidados.

Infelizmente os serviços não estão organizados em torno dos seus doentes, mas em referência a critérios das próprias instituições hospitalares e de disponibilidade destes mesmos serviços. A autonomia do doente é quase aniquilada, e o sistema de cuidados e serviços constrói-se na base de uma pessoa dependente de uma rede de prestações, na qual não tem liberdade de escolha (Anjos & Leal, 2005). Torna-se, então, essencial que os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros desenvolvam competências relacionais e de parceria com o doente, evitando ao máximo as consequências negativas que uma hospitalização poderá acarretar, contribuindo de forma significativa para a promoção da autonomia do mesmo por meio dos cuidados de enfermagem por si efectuados.

“As intervenções em cuidados de enfermagem surgem, assim, directamente relacionadas com qualidades de quem cuida, pelo que a influência das crenças e valores é importante nas atitudes e comportamentos dos enfermeiros” (Costa, 1998, p.73). Deste modo torna-se imprescindível compreender se as representações sociais influenciam os cuidados de enfermagem na promoção dos cuidados de enfermagem.

A representação social tem implicações na vida de uma sociedade e nos comportamentos adoptados por um grupo de indivíduos acerca de um objecto, que são resultantes do modo como os actores sociais representam socialmente esse objecto e do significado que estes adquirem nas suas vidas. Serge Moscovici desenvolve em 1961 o conceito de representação social, trabalhando na sua tese de doutoramento a natureza do pensamento social, e ilustrando o modo de constituição e os mecanismos das representações sociais.

A representação torna-se, assim, um instrumento de grande importância para o conhecimento dos saberes do senso comum como modelos e formas de aquisição de conhecimentos sobre os objectos e experiências da realidade quotidiana dos sujeitos construindo-se a partir de vários materiais com origens diversificadas (Santos *et al*, 2005). A representação é como que a base cultural acumulada na sociedade ao longo do seu processo histórico, esta base cultural comum circula através da sociedade sob a forma de crenças partilhadas, valores básicos, referências históricas e culturais que constituem a memória e a identidade da própria sociedade. Sendo a partir desta base cultural que se modela a mentalidade de uma época e que se constroem as estruturas básicas das representações sociais.

As representações sociais traduzem também as trocas e interacções de informações, valores, conhecimentos, opiniões, crenças, modelos de conduta. Com um papel fundamental na forma como as pessoas organizam a sua visão da realidade. Por meio da representação social interfere também no modo como é feita a inserção social dos sujeitos – “(...) que intervêm não só pelo seu carácter selectivo, relativamente aos conteúdos comunicacionais, mas também pela influência do tipo de experiencia pessoal estabelecida com o objecto de representação” (Negreiros, 1995, p.23).

Pode dizer-se que as representações são sociais tanto pela natureza das suas condições de produção, como pelos efeitos que produzem, como pela dinâmica do seu funcionamento (Negreiros, 1995). Para Moscovici (2003) este conceito é definido como a elaboração de um objecto social pela comunidade com o propósito de conduzir-se e comunicar-se surgindo da necessidade de transformar o que é estranho e não é compreendido, em algo familiar.

As condutas humanas são intencionais e inspiradas conscientemente ou não, por um conjunto de representações mentais, pelo que as representações sociais de saúde e doença são muito importantes para compreender uma população e os seus comportamentos dentro de uma sociedade. O modo como é representada doença e a saúde muito tem a ver com a cultura, época e sociedade em causa, comportando-se de acordo com essa interpretação. A forma como vemos o outro influencia frequentemente o modo como nos comportamos com o mesmo, sendo vários os factores susceptíveis de influenciar as atitudes sociais relativamente ao doente no internamento, aos quais os enfermeiros também estão susceptíveis.

Como qualquer grupo social, os enfermeiros absorvem crenças, conceitos e mitos sobre a pessoa doente adquirindo estereótipos sociais que influenciam as suas práticas de enfermagem para com os mesmos levando a sentimentos de inferioridade que além de desmoralizante podem criar dependência do doente.

Para Negreiros (1995) a relação entre representações e práticas/ acção, não é uma relação de influência recíproca, as representações são condição das práticas, estão nelas ancoradas e por essa via as práticas são um agente de transformações das representações. Neste sentido é um objectivo perceber se a representação social da acção terapêutica permite diferenciar os enfermeiros como cuidadores ou tratadores.

Como profissional de saúde mais próximo dos doentes, o enfermeiro deve compreendê-los, tendo em conta todos os factores neles envolvidos enquanto seres humanos (físicos, genéticos, biológicos, psicológicos, ambientais, sociológicos, económicos, comportamentais), que constroem a individualidade de cada um neste processo. O doente é um ser individual, sendo importante o enfermeiro romper com o conjunto de preconceitos socialmente estabelecidos, numa forma a humanizar e melhorar a qualidade dos cuidados, respeitando a individualidade da pessoa. Se o que foi acima referido for de facto praticado estamos perante condições excelentes para a prática de cuidados de enfermagem de excelência, com qualidade e em que os doentes poderão reconhecer que o enfermeiro é uma “peça” importante no seu tratamento e cura. Assim torna-se primordial reflectir-se acerca dos cuidados de enfermagem praticados, tendo sempre em consideração que estes poderão ser condicionados pelas representações sociais que os doentes façam deles e dos seus cuidados.

Os enfermeiros, como membros da equipa de saúde, são co-responsáveis perante os doentes e a organização onde trabalham, pela qualidade dos cuidados prestados.

Dado que um dos objectivos deste trabalho é analisar de que forma os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros podem influenciar a qualidade dos mesmos, e de que forma evoluiu a qualidade dos cuidados, importa definir este conceito.

Para Roemer (1991) qualidade nos cuidados de saúde é o grau em que os serviços e recursos de saúde correspondem a padrões específicos, que uma vez aplicados produzem os resultados pretendidos pelo cuidador e desejados pelo doente.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90) é reconhecido ao doente o direito de avaliar a qualidade dos cuidados prestados. Considerando o doente a razão de ser de todos os esforços dos profissionais de saúde, estes devem ser tratados e cuidados com respeito e qualidade de serviço, tendo em vista a sua satisfação global.

De acordo com Morgado (2003, p. 13) “o aumento das expectativas e grau de exigência dos cidadãos é hoje uma determinante fulcral da organização e da prestação dos cuidados de saúde.”

Para Bilhim (2009, p. 218) a “qualidade é obtida através da cooperação das pessoas que trabalham nas organizações.” Para o mesmo autor, “qualidade significa essencialmente a satisfação do cliente/utente/cidadão e é em geral reconhecida como factor chave para obter vantagens competitivas/comparativas.” (Bilhim, 2009, p. 218)

Uma gestão de qualidade de um serviço deverá implicar o uso racional dos recursos disponíveis por forma a atingir os objectivos definidos (eficiência). Da mesma forma que é importante haver capacidade de fazer aquilo que é preciso, que é certo para se alcançar determinado objectivo, escolhendo os recursos mais adequados para o alvo dos cuidados – os doentes (eficácia).

Tudo o que foi acima referido poderá contribuir para aumento da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, podendo conduzir a menor custo e uma maior satisfação do doente e dos profissionais de saúde.

Primar pela qualidade parece valer a pena, desde que seja orientada para metas de excelência. Neste sentido, entende-se por excelência o dar ao outro mais do que ele espera ter. (Bilhim, 2009)

Um dos critérios de sucesso para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde é saber em que medida os serviços de saúde conseguem ir de encontro às necessidades e carências dos doentes. Para tal é de facto imprescindível escutar as opiniões dos doentes, nomeadamente para saber em que medida os cuidados de que foram alvo contribuíram para melhorar, minimizar ou até resolver o seu estado de saúde e melhorar a sua qualidade de vida.

A consciencialização dos enfermeiros para este facto é muito importante para que possam contribuir com uma atitude proactiva, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e profissional, levando mais em atenção a enfermagem virada para o cuidar (visão holística do doente) e não tanto para o tratar (centrado na doença apenas).

Com esta investigação um dos objectivos é saber qual a identidade profissional do enfermeiro na essência da sua profissão. A identidade só é construída e desenvolvida se existir interacção entre as pessoas. Nesse sentido Costa (citado por Sousa, 1998, p. 18) considera que identidade é

Um processo relacional e cultural, (...) componente do relacionamento entre pessoas, e porque a definição de cada “nós” só se faz por relação de demarcação face aos “outros”, de quem nos distinguimos ou a quem nos opomos, (...) envolvendo imagens e categorizações do universo social, sentimentos e valorizações a respeito dos seus componentes, formas de expressão e códigos comunicacionais, símbolos de identificação e práticas carregadas de simbolismo identitário. (p.18)

A identidade individual resulta do processo de comunicação que deve existir entre as pessoas. Mas dado que existe envolvimento de pessoas a subjectividade impera. Quando duas ou mais pessoas se relacionam, cada uma imbuída na sua própria identidade, cada uma atribui à outra uma identidade correlacional, que pode ou não coincidir com o conceito de identidade de cada uma.

A organização da qual fazem parte os enfermeiros que praticam a sua actividade profissional, pode também ser responsável pela construção da personalidade de cada enfermeiro. Para Lopes e Reto (1991, p. 35) a organização funciona “como lugar de reestruturação e representação de si e do seu grupo, por parte dos actores da organização.”

De acordo com Schein (1982) a identidade da enfermagem deve ser entendida como um grupo psicológico, ou seja um conjunto de pessoas que interagem/ comunicam entre si, psicologicamente conscientes umas das outras.

Para Sousa (1998, p. 18) no que se refere à identidade, a enfermagem “deve ter a visibilidade na sua essência e dessa maneira explicitar o que a sociedade pode e deve esperar de cada enfermeiro” na prática dos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento da identidade da enfermagem assenta em pilares básicos essenciais, que estão associados “à procura da identidade profissional que permita aumentar a autonomia profissional através da organização dos cuidados de enfermagem, inseridos no trabalho de equipa de saúde, formação específica de enfermeiros e da investigação sobre os cuidados de enfermagem.” Basto et al (1996, p. 27)

O conceito de identidade de acordo com Lipiansky (citado por Simões, 1997) é a imagem, a representação que cada um tem de si mesmo. De acordo com mesmo autor, da construção de

cada um fazem parte sentimentos, representações e as experiências, bem como os projectos de futuro relativos a si.

Isto significa que do conceito de identidade faz parte a representação que este tem de si e que os outros têm de si. A representação que cada um tem de si mesmo, em virtude de se viver em sociedade, vai ser influenciada pela opinião expressa ou não, que os outros têm de nós. Quer isto dizer que, o facto de existirem opiniões/ imagem negativas sobre o outro causa desconforto e esse desconforto será tanto maior quanto mais essa imagem se apoiar em factos não dependentes dos próprios actos.

Ao longo de todos estes anos a profissão de enfermagem anseia pelo reconhecimento social dos doentes e da população em geral. De acordo com Castell (1992, p. 40) a função da profissão de enfermagem “é cuidar mas, simultaneamente, existe uma forte resistência a actuar como cuidadores (...) isto acontece devido à dificuldade de alcançar um determinado reconhecimento social por parte da nossa profissão”.

Os enfermeiros são nas organizações de saúde o garante da continuidade dos cuidados e deve fazê-lo com qualidade. Para Fernandes (2004) os enfermeiros são o elo de ligação entre o doente e a sua família, em que a relação de ajuda deve ser assumida como um instrumento privilegiado de trabalho. Para o mesmo autor, a enfermagem tem um papel social importante, contudo o desenvolvimento técnico/ científico que conduziu a novos níveis de práticas pode levar à transformação das representações sociais deste grupo profissional.

Neste sentido, e no que respeita à identidade do enfermeiro, (Guimelli, 1994, p. 87) considera

A hiper-especialização médica, associada à sofisticação crescente de técnicas, contribuíram para criar um fosso cada vez maior entre prestadores de cuidados e utentes. Progressivamente, estas condições novas, estimularam o enfermeiro, a renegar para segundo plano as solicitações dos doentes de carácter relacional a favor das respostas do tipo técnico. (...) a resposta do tipo técnico é considerada dominante senão exclusiva. (p. 87)

Contudo os enfermeiros encontram-se em fase de maturidade, em que de acordo com Serra (2000) profissionalmente os enfermeiros atingiram já um estado de maturidade, procurando sempre mais e melhor no campo técnico-profissional, no mundo hierarquizado em que estão



inseridos. No campo do reconhecimento social embora de uma forma mais lenta, a maturidade também tem sido construída através de uma panóplia de desempenhos, comportamentos e decisões que vão prestigiando os enfermeiros no contexto social.

Para Serra (2000) os enfermeiros necessitam de estar unidos e com base nos seus conhecimentos técnico/ científicos e experiência vivenciada, “definir e tornar visível, na prática, um campo de actuação que seja da sua exclusiva competência, virado para o exterior, ou seja, para a saúde, inovador e criativo, ou seja, construir uma nova identidade profissional.” (Serra, 2000, p. 95)

É importante evidenciar que a sociedade torna-se cada vez mais interventiva, exigente e informada, consequentemente mais reivindicadora dos seus direitos, daí a pertinência do presente estudo para que desta forma se saiba qual a representação social dos cuidados de enfermagem, bem como a identidade profissional dos enfermeiros para que se possa analisar de que forma a qualidade dos cuidados é afectada.

#### **4. METODOLOGIA**

A escolha do tema “Representação Social dos Cuidados de Enfermagem: o caso de uma Instituição de Apoio à Pessoa Idosa” vem no seguimento do interesse em saber de que forma os utentes anteriormente sujeitos a internamentos hospitalares viram os Enfermeiro e os cuidados de enfermagem a que foram sujeitos.

É neste contexto que se propõe realizar o estudo. Por considerar que o enfermeiro ocupa uma posição privilegiada para a abordagem do tema, sendo o pretendido participar e contribuir para a melhoria dos cuidados ao doente internado, uma vez que a minha actuação enquanto profissional de enfermagem é num serviço de internamento hospitalar.

De acordo com Heesben (2001), a essência da enfermagem reside na parceria e cumplicidade entre o profissional e o doente é importante para que o plano de cuidados seja bem sucedido. O sucesso aqui representa qualidade.

E neste contacto estreito entre o profissional e o doente emergem e fluem trocas de saberes. O conhecimento da opinião do doente sobre temáticas como qualidade de vida e saúde, conjuntamente avalia a eficácia e a resolubilidade dos serviços de saúde e principalmente fornece dados e pistas importantíssimas para que ocorram mudanças caso necessário ou simples reajustes na forma de actuação do enfermeiro, sempre com o fim último de melhorar e crescer.

Tendo em conta o acima referido foi delimitado o problema/ questão de partida: “a representação social que os utentes anteriormente sujeitos a internamento hospitalar têm de nós é a que queremos que tenham?”

Esta investigação é orientada pelos seguintes objectivos:

- Conhecer qual a “posição” do doente relativamente aos cuidados de enfermagem que foram prestados no internamento;
- Analisar como e para onde evolui a qualidade dos cuidados;
- Percepcionar se a representação social da acção terapêutica permite diferenciar os enfermeiros como cuidadores ou tratadores.

Para além da questão principal de investigação, outras questões de investigação se levantam para dar resposta aos objectivos, sendo elas:

- Qual a posição do doente relativamente aos cuidados de enfermagem que foram prestados no internamento?
- Qual a percepção da representação social da acção terapêutica que o doente tem acerca do enfermeiro – “tratador” ou “cuidador”?
- Qual a identidade profissional do enfermeiro?
- Como evolui a qualidade dos cuidados de enfermagem?
- O paradigma do “cuidar” poderá contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente no internamento?

Dado que os objectivos influenciam determinantemente a metodologia de investigação, optou-se pela realização de um estudo de índole qualitativa com recurso à entrevista de focus-group.

Segundo Lind (2008), uma abordagem qualitativa tem a vantagem de permitir uma profunda e sistemática descrição dos fenómenos na perspectiva subjectiva do sujeito, apesar de poder apresentar problemas quanto à sua objectividade, replicabilidade e representatividade, uma vez que recorre a um número reduzido de amostras. Contudo, o autor admite que o método qualitativo é pertinente quando pretendemos fazer um estudo inovador, sobre um tema acerca do qual pouco se sabe – como é o caso deste estudo, em que se pretendem saber qual a representação social dos cuidados de enfermagem numa instituição de apoio à pessoa idosa – dando-nos a possibilidade de gerar hipóteses que possam posteriormente vir a ser testadas em estudos de cariz quantitativo.

Assim, recolheu-se uma amostra proveniente de uma instituição social de apoio à pessoa idosa. A amostra era constituída por dois grupos, cada um deles com seis idosos (todos com idade superior a 70 anos). Na totalidade a amostra era constituída por 12 idosos, tendo sido feitas duas entrevistas de focus-group.

Segundo Lind (2008), uma abordagem qualitativa tem a vantagem de permitir uma profunda e sistemática narração dos fenómenos na óptica subjectiva do sujeito, apesar de poder

apresentar problemas quanto à sua objectividade e representatividade, uma vez que recorre a um número reduzido de amostras.

Como já foi acima referido o método de recolha de dados a utilizar será o qualitativo, utilizando como técnica de recolha de dados o focus-group, que de acordo com Morgan (1996) é uma técnica que tem como cerne a interacção de grupo, que desta forma resulta na recolha de informação em que o investigador tem um papel activo enquanto promotor da discussão/ troca de ideias.

A interacção entre os indivíduos facilita a comunicação e a expressão de ideias e atitudes, através das próprias palavras. Esta permite que os indivíduos questionem e comentem, entre si, as diversas opiniões apresentadas, através de formas de comunicação mais próximas do quotidiano. (Morgan, 1996)

Para o autor anteriormente citado, as entrevistas de focus-group podem ter um estilo mais ou menos directivo e ter questões mais ou menos estruturadas, de acordo com os objectivos da investigação.

A utilização desta metodologia não nos permite testar hipóteses mas sim compreender fenómenos da população alvo (Lind, 2008).

Para Morgan (1998), é fundamental que os intervenientes na investigação se sintam à vontade para falar do assunto em estudo, criando-se uma discussão, o mais produtiva possível, sobre os tópicos propostos.

#### 4.1 Metodologia de Focus-Group

Anteriormente foi referido que, no presente estudo pretende-se averiguar algo que até à data não tinha sido tão explorado, nomeadamente a representação social dos cuidados de enfermagem, ou seja saber como foram vistos os cuidados praticados por este grupo profissional, aos olhos de quem já sofreu internamento hospitalar.

Assim, recorreu-se a uma metodologia qualitativa – a entrevista de focus-group – que segundo Krueger (1994, citado por Lind, 2008) é adequada quando pretendemos obter uma melhor compreensão de alguns fenómenos que poderão constituir “terreno novo” no âmbito da investigação. A informação que obtemos a partir das entrevistas de focus-group possui duas características que justificam a pertinência do uso desta metodologia neste estudo (Lind, 2008), sendo elas: permitir ao investigador aceder às ideias que emergem da própria população alvo (isto é, a opinião directa dos utentes que contactaram com cuidados de enfermagem). Por outro lado, esta técnica de recolha de dados permite também que se concentrem rapidamente as várias opiniões dos participantes, não sendo apenas a mera soma das mesmas, algo impossível de alcançar em entrevistas a indivíduos isolados.

Para Vergara (2010) esta técnica proporciona a recolha de informações em um determinado momento de um conjunto predeterminado de pessoas – utentes sujeitos a internamento hospitalar, portanto a cuidados de enfermagem. É também usada para estabelecer e descrever as opiniões dos sujeitos envolvidos no problema em estudo.

Para Veiga e Gondim (2001) a técnica de focus-group proporciona, por um lado a oportunidade de expor de forma aberta e pormenorizada os seus pontos de vista, levando a respostas mais completas. Por outro lado, conduz a uma melhor compreensão e clarificação das questões de investigação, levando à confrontação de ideias, contribuindo desta feita para o enriquecimento da discussão.

Na metodologia focus-group os objectivos de investigação têm que estar bem definidos. Tendo em conta os objectivos de investigação foi necessário tomar algumas decisões relativamente aos grupos de idosos que participariam nas entrevistas de focus-group. A composição, número mínimo de participantes e o tamanho dos grupos foram devidamente definidos.

Um ponto muito importante neste tipo de investigação é que os participantes se sintam à vontade para falar do problema em causa, para que a troca de ideias seja a mais produtiva possível. (Morgan, 1998)

Dado que o pretendido era comparar opiniões dos utentes pertencentes à instituição social de apoio à pessoa idosa, que outrora foram submetidos a internamento hospitalar, estabeleceram-se os seguintes critérios de selecção dos participantes:

- Ter, no mínimo, 65 anos de idade, dado que a Organização Mundial de Saúde considera que, nos países desenvolvidos, é idoso todo o indivíduo que apresenta, no mínimo, 65 anos de idade;
- De preferência obter participantes de ambos os sexos para ampliar o leque de opiniões (masculina e feminina);
- Apresentar funções cognitivas preservadas.

Desta forma, foi utilizada uma estratégia deliberada no processo de recolha das amostras, pois era imperativo seleccionar os participantes de acordo com os objectivos do estudo.

Para Morgan (1998) não existe o número mínimo de grupos para um estudo com a técnica relatada. Assim utilizou-se dois grupos de participantes.

No que respeita ao número mínimo de elementos em cada grupo, Lind (2008) e Morgan (1998) consideram que o número ideal de participantes na entrevista de focus-group é entre os seis e os 10 participantes, por grupo.

Uma vez que na instituição escolhida existem, pela idade avançada dos utentes, quadros demenciais em número considerável, o número de potenciais participantes com as funções cognitivas preservadas e que já tivessem sofrido pelo menos um internamento hospitalar, era, assim, limitado. Por esse facto optou-se, por criar grupos de entrevistados de apenas seis pessoas.

#### 4.1.1 Guião da entrevista

A elaboração da entrevista foi um passo dado com muito cuidado uma vez que o pretendido era que através das entrevistas, os objectivos delineados fossem cumpridos.

Desta forma, considerou-se que as perguntas teriam de ter em parte um cariz exploratório para que deste modo houvesse divergência nas opiniões, sempre tendo em conta o âmbito das respostas. Daí que, tenha sido elaborado um guião de entrevista semi-estruturada.

De acordo com Krueger (1998) as perguntas que constituem um guião de entrevista devem ter uma sequência, no que respeita à forma como surgem. Quer isto dizer que, de acordo com mesmo autor, as perguntas devem ser feitas das mais gerais para as mais específicas, das mais positivas para as mais negativas e das mais directivas para as menos directivas.

Para Krueger (1998), as perguntas iniciais devem ser mais abertas, para que conduzam a um ambiente agradável por forma a encorajar o diálogo entre os participantes. De seguida devem constar perguntas mais gerais que levem à introdução de uma forma genérica do tema, iniciando-se nessa fase as primeiras reflexões acerca das suas experiências. De seguida surgem as perguntas de transição, aquelas que fazem a ponte para o tema em discussão. Chegando ao cerne do tema fazem-se as perguntas-chave, as que estão mais directamente ligadas ao tema e aos objectivos traçados. De acordo com Krueger (1998) devem constar entre duas a cinco perguntas-chave. Para Lind (2008) podem ir até doze perguntas-chave. Por último surgem as perguntas que são encaradas como breves reflexões dos entrevistados.

Postos estes critérios elaborou-se um guião de entrevista (anexo I). Depois de se chegar a várias perguntas, escolheram-se as que se adequavam melhor aos objectivos da investigação delineados inicialmente. Para tal seguiu-se os critérios dos autores acima mencionados, no que respeita à sequência de apresentação das perguntas.

#### 4.1.2 Realização da entrevista focus-group

Como já foi anteriormente referido foi necessário ter em consideração alguns critérios na escolha da amostra deste estudo. Foram feitos contactos para instituições de apoio à pessoa idosa na área de Lisboa, sendo escolhida apenas uma.

Para que a realização destas entrevistas fosse feita da melhor forma contou-se com a preciosa ajuda de técnicos superiores que trabalham na referida instituição, nomeadamente assistente

social, para que fizesse, de acordo com critérios da amostra anteriormente referidos, o contacto com os idosos que preenchessem esses mesmos critérios.

As duas entrevistas de focus-group decorreram nas instalações da instituição, numa sala acolhedora, numa mesa redonda em ambiente calmo e sereno, para que as ideias e reflexões acerca das experiências de cada um surgissem com maior fluidez.

Todas as entrevistas foram precedidas de uma explicação introdutória, para que fosse criado um ambiente saudável e acolhedor. Neste primeiro contacto, e de acordo com o que Krueger (1998) defende, foram dadas explicações acerca do tema, da importância da presença dos mesmos naquela sala, explicando que os dados recolhidos são confidenciais.

As entrevistas foram realizadas entre Dezembro de 2012 e Janeiro de 2013, com duração de uma hora cada, havendo gravação áudio com gravador digital.

Após as entrevistas, estas foram transcritas na íntegra para que fossem alvo de uma análise de conteúdo. (anexo II)



## **5. ANÁLISE DE CONTEÚDO**

De acordo com Oliveira (2008) a análise de conteúdo (AC) é um “instrumento de pesquisa científica”. Para o mesmo autor, a AC deve obedecer a regras para que se distinga de uma análise apenas intuitiva.

Para Bell (2008) os dados recolhidos das entrevistas devem ser registados, analisados e interpretados.

Para ambos os autores a informação solta sem estar devidamente organizada não tem qualquer valor para um investigador e posteriormente para a população.

Para Bardin (2009) enquanto método, a AC é encarada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Para a aplicação deste método de pesquisa é necessário ser objectivo, ser sistemático, abordar apenas o conteúdo pretendido e quantificá-lo.

Para Oliveira (2009), a AC é um recurso muito útil, uma vez que permite que tudo possa ser transformado em texto susceptível de ser analisado com este método.

De acordo com Lind (2008), este método é muito utilizado na análise de dados qualitativos, incluindo dados vindos de uma técnica de recolha de dados como entrevista focus-group.

A AC deve assentar em alguns conceitos que sustentam a este método e que de certa forma instrumentam a AC, são eles:

- Objectividade: a decomposição da mensagem deve ser feita da forma mais clara e precisa possível, para que a análise possa ser verificada e reproduzida por outro investigador;
- Sistematicidade: tudo o que diga respeito ao problema em estudo deve ser tomado em consideração, impedindo assim a selecção arbitrária dos elementos.

- Conteúdo manifesto: eliminação de preconceitos do investigador. Deve ser abordado simplesmente o que foi efectivamente dito pelo participante e não aquilo que o investigador presume saber acerca do tema. Deve existir uma análise efectiva da mensagem, não significando que neste método se abstenha de qualquer extrapolação sobre o conteúdo oculto, contudo devem ser extrapolações apoiadas nos conteúdos realmente observados.
- Unidades de registo: consiste num recorte do texto para análise, podendo ser uma palavra, frase ou parágrafo, que contenha afirmação completa acerca do objecto de estudo.
- Unidades de contexto: importante para compreensão das unidades de registo colocando-as no seu contexto, sendo sempre uma unidade maior do que a unidade de registo (do parágrafo para o tema).
- Construção de categorias: classificação dos elementos recolhidos começando pela diferenciação e de seguida por reagrupa-los de acordo com caracteres comuns a esses elementos.
- Análise categorial: criva a totalidade do texto em análise classificando e quantificando de acordo com a frequência de presença e/ou ausência dos elementos em análise.

Para além destas características a AC deve ser inferente uma vez que permite admitir uma máxima em virtude da sua ligação com outras máximas já aceites como verdadeiras.

Desta forma a AC processa-se de uma forma mais rigorosa. São distribuídas as unidades de análise por categorias e sub-categorias definidas previamente. O objectivo destas etapas na AC é sistematizar a informação recolhida. Para tal, deve elaborar-se também uma tabela, onde para cada sub-categoria e sua categoria, mostre a frequência das citações mais relevantes dos participantes na entrevista, de acordo com os objectivos da investigação. Desta forma, irá permitir fazer inferências e consequente interpretação dos resultados de uma forma mais rigorosa.

## 5.1 Análise dos dados

### 5.1.1 Pré-análise

Neste estudo, seguimos o processo de AC sugerido por Bardin (2009), o qual envolve três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferências e sua interpretação.

Na pré-análise é necessário definir os objectivos do estudo, recolher os dados e definição do *corpus* de análise, sendo este analisado posteriormente através dos registos transcritos das entrevistas. (Bardin, 2009)

Para a constituição do *corpus* de análise, e de acordo com as regras instituídas por Bardin (2009) é necessário que exista a regra da exaustividade, em que todo o *corpus* foi submetido a análise; regra da representatividade, em que a amostra é representativa de um universo inicial; regra da homogeneidade, os documentos submetidos a análise são homogêneos e a regra da pertinência, as informações presentes no *corpus* correspondem aos objectivos que levaram à análise.

### 5.1.2 Redução dos dados - Categorização

Consiste no método através do qual os dados não tratados que são recolhidos nas entrevistas são transformados e agregados em unidades. Estas unidades permitem uma descrição mais precisa das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto. (Bardin, 2009)

Para Lind (2008, p. 196) a exploração do material consiste na “condensação de um vasto leque de informação de dados brutos, que permite uma análise e interpretação posteriores”.

Os dados são reduzidos por meio de uma “transformação dos dados em bruto do texto, transformação esta que ocorre por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto”. Bardin (2009, p. 129).

Na última etapa definida por Bardin para proceder a análise de conteúdo pretende-se colocar em evidência as informações fornecidas pela análise, quantificando a frequência do aparecimento da ideia em análise.

No presente estudo optou-se por uma análise temática, que tem como base unidades de registo. Estas são “segmentos de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial”. Bardin (2009, p. 130)

Como unidade de registo escolheu-se “uma afirmação acerca de um assunto, frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou frase condensada, por influência da qual pode ser afectado um vasto conjunto de afirmações singulares”. Bardin (2009, p.130)

A presença ou frequência de uma ideia pode significar algo em relação aos objectivos do estudo.

As unidades de registos foram transformadas em unidades de contexto, posteriormente em subcategorias e por fim em categorias.

As categorias, segundo Bardin (2009) são grupos, nos quais reúnem um conjunto de elementos (unidades de registo no caso da AC), sob uma denominação abrangente, que possuem características comuns entre eles.

Para Bardin (2009) a formação das categorias pode acontecer *a priori* (em que são fornecidas categorias e repartem-se os elementos por estas da melhor forma, à medida que vão sendo encontrados) ou apenas surge da análise dos próprios dados (o conjunto de categorias não é definido, resulta da classificação progressiva dos elementos, em que as categorias podem surgir dos próprios dados).

No presente estudo as categorias surgiram dos próprios dados das entrevistas focus-group tendo também em consideração os objectivos da investigação.

As categorias propostas são:

- Biomédica;

- Humanista;
- Biomédica sob- stress;
- Biomédica vs Humanista.

A escolha das categorias que melhor se adequam aos objectivos de investigação e melhoram traduzam o recorte de texto analisado é sempre um processo muito subjectivo. Contudo na técnica de AC a subjectividade está presente. Daí que, para Bardin (2009) existam regras que devem ser respeitadas na criação das categorias.

Para Bardin (2009) na formação de categorias deve existir a regra da exclusão mútua, em que as categorias devem ser formadas de modo a que cada elemento em análise não seja susceptível de ser classificável em duas ou mais categorias. A homogeneidade, numa mesma categoria apenas se pode funcionar com uma dimensão de análise. A pertinência, a categoria é pertinente só quando está de acordo com os objectivos da investigação, adaptada ao material recolhido e no enquadramento teórico estabelecido. Deve existir objectividade e fidelidade, as diferentes partes do mesmo material, ao ser-lhes aplicada a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma forma, mesmo quando submetidas a várias análises. E por último, a produtividade, as categorias só são produtivas quando fornecem resultados interessantes em inferências, em resultados fidedignos e levantam questões novas para futuras investigações.

### 5.1.3 Codificação dos indicadores e sua frequência

Os doze participantes nas entrevistas focus-group (dois grupos de seis elementos) foram analisados individualmente.

Cada um dos intervenientes foi analisado a sua entrevista e determinadas as unidade de registo pertinentes para os objectivos da investigação, à medida que iam sendo analisados os registos. Para cada unidade de registo foram determinadas as unidades de contexto, as subcategorias e de acordo com a frequência de cada indicador assim se atribuía uma categoria. (anexo III)

Tal como na formação das categorias, a codificação das unidades de registo é também um processo envolto em subjectividade.

Quando analisados todos os registos conseguiram-se alcançar quatro categorias, aquelas que através dos resultados analisados, das unidades de registo, mais se adequavam aos objectivos delineados.

As categorias são as anteriormente referidas: biomédico, humanista, biomédico sob-stress e biomédico vs humanista.

As categorias que surgiram são baseadas na dicotomia de ideias (biomédico sob-stress), junção de pontos de vista (biomédico vs humanista) e separação nos pontos de vistas dos participantes acerca do tema abordado (biomédico e humanista).

Os resultados desta fase de análise são apresentados no Anexo IV, com as categorias e as frequências totais para cada categoria em cada entrevistado.

#### 5.1.4 Caracterização da amostra

Na investigação participaram 12 idosos, divididos por dois grupos, tendo sido realizadas duas entrevistas focus-group.

A idade dos entrevistados, todos portugueses, situou-se entre os 70 e os 96 anos, apresentando uma média de idades de 83 anos (DP=6,29).

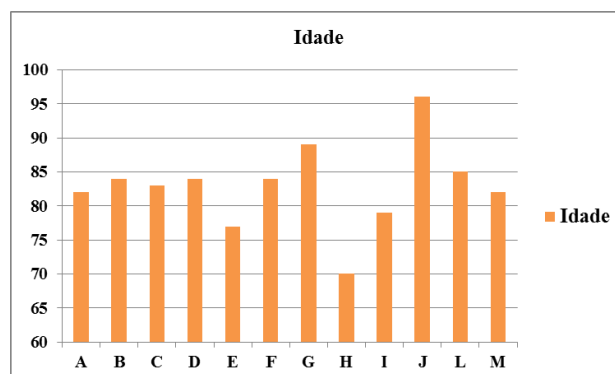


Figura 1 – Idade dos entrevistados

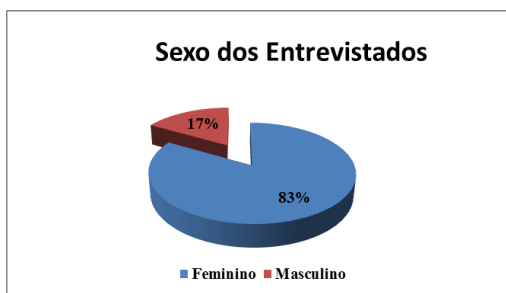


Figura 2 – Sexo dos entrevistados

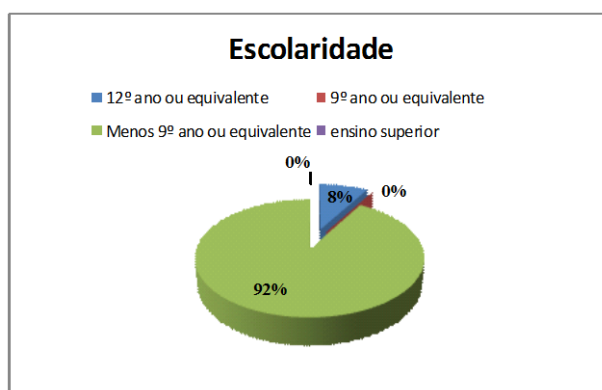


Figura 3 – Escolaridade dos entrevistados

Pelo gráfico 2 verifica-se que apenas dois (17 %) dos entrevistados eram do sexo masculino, e portanto a maioria das participantes eram do sexo feminino, 10 (83%).

Pela análise do gráfico 3 verifica-se que existia homogeneidade no que respeita ao nível de escolaridade, dado que 11 (92%) tinham menos que o 9º ano ou equivalente, apenas um (8%) apresentava 12º ano ou equivalente. Consta-se que nenhum dos participantes apresenta por isso nível de escolaridade correspondente a ensino superior.

Dado que este trabalho se refere a utentes que tenham tido dias de internamento hospitalar e aí contactado com cuidados de enfermagem, o gráfico 4 mostra os dias de internamento de cada utente entrevistado.

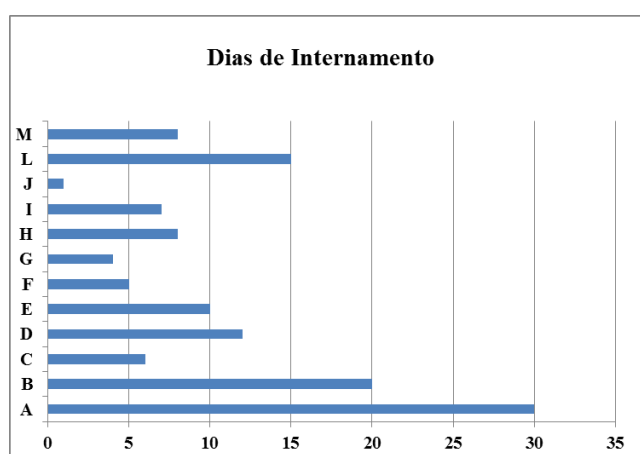


Figura 4 – Dias de Internamento dos entrevistados

O tempo de internamento de cada interveniente, este varia entre um dia e 30 dias. A média de dias de internamento é de 11 dias (DP= 8).

No que se refere ao estado civil dos intervenientes nas entrevistas focus-group, cinco (42%) dos participantes são solteiros, cinco (42%) são viúvos e apenas dois (16%) são casados, não havendo ninguém divorciado.

Os motivos de internamento dos entrevistados eram diferentes entre si, desde acidentes vasculares cerebrais dois (17%) participantes, sendo que os restantes motivos de internamento são fractura colo fémur (9%), colocação de Pace-Maker (9%), cirurgia cancro da mama (9%), gastroenterite aguda (8%), cirurgia vesícula (8%), fractura do pé (8%), cirurgia quisto anal (8%), crise asmática (8%), síndrome vertiginosa (8%) e trombose venosa profunda dos membros inferiores (8%).

Todos os intervenientes à data da entrevista encontravam-se na reforma sendo que sete (59%) eram domésticas na idade activa, duas (17%) eram costureiras, um (8%) era motorista de profissão, um (8%) era funcionário dos correios e um (8%) era escriturário.



## 6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De acordo com anexo IV, que traduz as categorias alcançadas e as frequências totais para cada categoria em cada entrevistado, alcança-se como resultado final os seguintes dados:

<b>Categorias</b>	<b>Biomédica</b>	<b>Humanista</b>	<b>Biomédica vs Humanista</b>	<b>Biomédica sob-stress</b>
<b>Total</b>	101	81	34	33

Quadro 1 – Frequências totais para cada categoria

Analizando sumariamente a tabela acima verifica-se que a categoria Biomédica alcança um destaque relativamente às categorias Humanista, Biomédica vs Humanista e Biomédica sob-stress.

Para melhor ilustrar esta condição segue-se o gráfico 5:

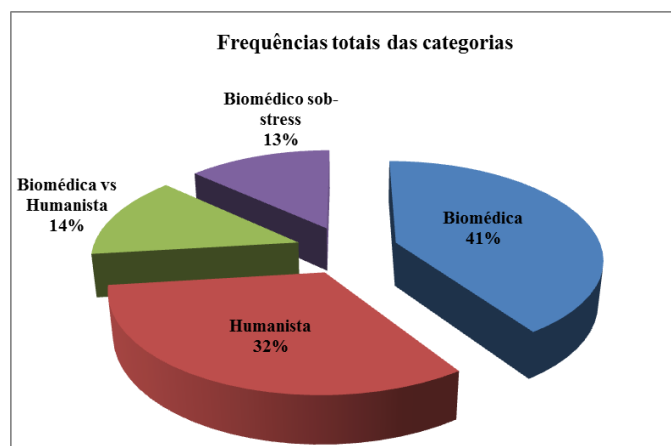


Figura 5 – Frequências Totais para cada categoria

Analisando o gráfico 5 verifica-se que 41% dos participantes considerou que os cuidados de enfermagem que foi alvo foram biomédicos, ou seja, a abordagem feita foi apenas tendo em conta as tarefas a realizar, não olhando para o doente como um todo.

Para 32% dos depoentes os cuidados prestados pela equipa de enfermagem tiveram um carácter humanista, em que o doente sente que faz parte integrante e activa da equipa de saúde, havendo empatia e ajuda.

Contudo de acordo com 14% dos participantes, os cuidados de enfermagem tiveram um pouco das duas categorias, considerando que os cuidados foram biomédico vs humanistas. Quer isto dizer que, os enfermeiros apesar de embebidos na componente técnica da profissão eram empáticos e presentes quando junto dos doentes, mesmo tendo um contacto rápido.

Por último, para 13% dos intervenientes o contacto dos enfermeiros era rápido, havendo pouco tempo para criar laços de empatia e proximidade, não porque os enfermeiros assim o quisessem ou mostrassem pouco interesse, mas porque a carga de trabalho era tanta que não lhes sobrava muita margem para parar e conversar, sendo por isso biomédico sob-stress.

Analisando o gráfico 5 verifica-se que o modelo biomédico, biomédico sob-stress e biomédico vs humanista ganha destaque nos resultados das entrevistas. Pode-se verificar portanto que, o cerne das opiniões dos entrevistados é que os cuidados de enfermagem são baseados no “tratar”, modelo biomédico, em que o centro da sua actividade não é o doente mas a tarefa, enraizada apenas na acção.

## 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Atendendo à análise do gráfico 5, conseguido por meio dos resultados alcançados na AC, fazendo como que o resumo deste trabalho, pois abarca as quatro categorias instituídas comparando a representatividade de cada categoria.

Este estudo assenta no conceito de “cuidar” e “tratar” presente na prática de enfermagem, ou seja, respectivamente modelo biomédico e modelo humanista, levando à representação social dos cuidados de enfermagem para os utentes já submetidos aos referidos cuidados.

Para Watson (2002) o cuidar é uma arte, na medida em que, através desta prática, o ser humano tem a capacidade de expressar claramente sentimentos pessoais vividos, que, por sua vez, são também experimentados pelo receptor da interacção do cuidar. A arte de cuidar é assim considerada como uma forma de comunicação e expressão de sentimentos humanos, exigindo envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento, primariamente, para com o próprio e para com os outros humanos. Lazure (1994) diz que a relação enfermeiro – doente é uma relação de ajuda, em que o enfermeiro dá do seu tempo, competência, do seu saber, da sua capacidade de escuta e compreensão. Estes são pressupostos necessários para o “cuidar”, que se põe de parte a posição dominadora do enfermeiro e se cria proximidade.

*“(...) o tempo que estavam connosco faziam-no de coração (...)”*

*“(...) estavam sempre preocupados em saber como estávamos para que nos pudessem ajudar (...)”*

*“(...) o tratamento decorreu bem porque os enfermeiros acabavam por ser a família que nós não temos no hospital (...)”*

Estes relatos são alguns dos relatos que revelam que os cuidados de enfermagem prestados aos entrevistados foram assentes nos pressupostos do “cuidar” logo do modelo humanista, em que os cuidados de enfermagem têm como base o respeito pela pessoa em todas as suas vertentes, olhando-a como um ser individual e único com características/vivências próprias,

promovendo nesta a reflexão e a tomada de decisão, no seu projecto de vida e saúde (Gomes, 2002).

De facto, o enfermeiro assume um papel de excelência no contacto com o doente, ao considerar esta abordagem, o enfermeiro reconhece que os cuidados de enfermagem não se reduzem a pagamentos em troca da administração de cuidados, mas representa tudo o que o utente deseja ser. (Hesbeen, 2001)

Para Collière (1989), os cuidados devem centrar-se no doente, pelo que a organização do trabalho deve deixar de ser centrada nas tarefas, abrangendo também o ambiente que o rodeia, pelo que a relação deve deixar de ser dominadora para haver empatia e ajuda, passando o doente a fazer parte integrante da equipa de saúde. Deve estar sempre presente a preocupação com a qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

Contudo e analisando determinadas partes dos relatos dos entrevistados verifica-se que no mundo real nem sempre o modelo humanista está presente nos cuidados de enfermagem.

*“(...)deveriam ser menos técnicos e mais presentes (...)”*

*“(...)faziam o que tinham a fazer e iam para o próximo doente(...)”*

*“(...) não me tratavam mal, mas a preocupação era com a medicação e coisas assim (...)”*

Analisando estes relatos transpõe-nos para cuidados de enfermagem baseados no “tratar” - modelo biomédico. Aqui os cuidados de enfermagem centram a atenção apenas na acção e na tarefa, pondo de parte a componente humanista. Para Hesbeen (2001, p. 78) os profissionais de enfermagem centrados na “tarefa (...) não se preparam verdadeiramente para uma abordagem subtil, intuitiva, espontânea e concertada do beneficiário dos cuidados.” Para o mesmo autor centrar-se apenas em tarefas é o mais desastroso para a construção da identidade da profissão de enfermagem. A enfermagem baseada no modelo biomédico, ou seja, apenas na acção isenta de humanismo é também vazia de conteúdo e de sentido (Hesbeen, 2001).

No modelo biomédico prevalece o “tratar” cujo tratamento é baseado em rotinas e normas da organização, em que o tempo disponibilizado para o doente é reduzido, o tempo de contacto é pouco e de acordo com testemunhos recolhidos *“pouco paravam para conversar”*.

Contudo da análise do gráfico 5 verifica-se a presença de outras duas categorias – biomédico vs humanista e biomédico sob-stress.

Estas categorias surgiram porque ao analisar na íntegra as entrevistas constatou-se que, se por um lado haviam relatos que indicavam para cuidados de enfermagem puramente biomédicos e/ou puramente humanistas, haviam também depoentes que consideram que os enfermeiros não faziam melhor porque não conseguiam desdobrar-se mais.

*“(...) nunca senti que fosse por falta de interesse mas sim por falta de tempo para nós (...)”*

*“(...) eram mais técnicos, não por mal, era mesmo porque tinham muito para fazer (...)”*

*“(...) andavam sempre a correr (...)”*

*“(...) o tempo que conversavam era curto mas não era por mal (...)”*

*“(...) conversavam connosco mas coitados, o tempo deles também era todo mais que contado (...)”*

Destes testemunhos surge a categoria biomédico sob-stress, em que é notória a percepção dos doentes para cuidados de enfermagem distantes, mas por culpa de uma organização e de uma pressão imposta pelo excesso de trabalho. Os depoentes consideram que os enfermeiros em muitas situações queriam e faziam gosto em parar para conversar e conferir um carácter humanista aos cuidados, contudo a tensão organizacional não permitia.

Hoje em dia os indicadores de gestão hospitalar não vêm com bons olhos um enfermeiro sentar-se à cabeceira de um doente, poderá mesmo ser alvo de censura. (Hesbeen, 2001).

No fundo o doente mais que cuidados técnicos necessita de consideração, atenção e cumplicidade, que com uma equipa de enfermagem a correr de um lado para o outro, lutando

contra o relógio para realizar todas as tarefas impostas a todos os doentes não consegue dar resposta.

De facto a escassez de tempo para a prestação de cuidados de enfermagem foi uma constante nos testemunhos obtidos. Contudo, em muitos relatos verificou-se que apesar de andarem sempre a correr, sem tempo para grandes conversas e laços de cumplicidade, o pouco tempo que estavam junto dos doentes era de qualidade, com excelente qualidade de trabalho, de acordo com os depoentes.

*“(...) não despendiam muito tempo porque a sobrecarga de trabalho era grande, mas o tempo que estavam junto do doente era com qualidade (...)”*

*“(...) não havia tempo para grandes conversas, mas as que tínhamos eram de compreensão e carinho (...)”*

*“(...)senti que o tempo que passaram junto de mim me trataram bem, mesmo que por vezes fosse de fugida (...) ”*

*“(...) a palavra amiga que eles tinham, mesmo que por pouco tempo foi muito importante para mim (...)”*

Este tipo de declarações foi muito frequente demonstrando que os utentes tinham noção de que os enfermeiros não poderiam ter um contacto mais demorado junto deles por sobrecarga de trabalho. Ou seja, imperava nas suas atitudes o modelo biomédico, pela correria constante e contacto rápido, contudo o tempo que dispensavam aos doentes era de qualidade e bem aproveitado por parte dos profissionais para perceberem o que os doentes necessitavam e dar-lhes o carinho e atenção que estes precisam. Por tudo isto denominou-se esta categoria de biomédico vs humanista.

De acordo com os dados analisados e por forma resumir o que poderá ser o ponto de vista global dos participantes deste estudo criou-se o diagrama seguinte:

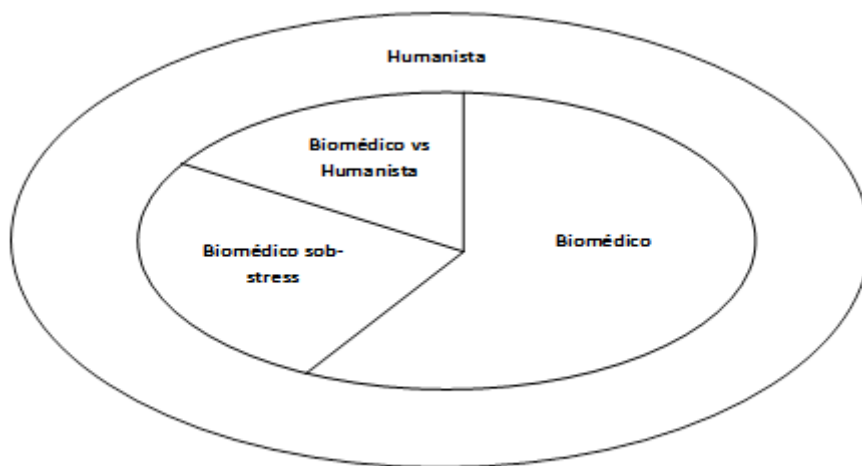


Figura 6 – Diagrama de categorias

Analisando o diagrama verifica-se que dentro da categoria Humanista, que defende a “humanização dos cuidados”, o “cuidar”, surge as categorias Biomédico, Biomédico sob-stress e Biomédico vs Humanista, que traduzem o “trabalho de cuidar”.

O diagrama mostra que na globalidade os cuidados prestados pelos enfermeiros têm um carácter humanista, contudo no cerne desse cuidados existe um núcleo tri-facetado, em que a essência é o modelo biomédico – “tratar”.

Como já foi referido a grande fatia que representa os cuidados de enfermagem prestados aos participantes deste estudo vai a favor do modelo biomédico, em que a actuação do profissional de enfermagem é feita de forma estandardizada, de acordo com o diagnóstico médico. Aqui o profissional é eficiente no cumprimento das tarefas que privilegia em detrimento da comunicação. (Ribeiro, 1995)

Contudo é importante que se perceba o porquê de se tomar a tarefa em detrimento da comunicação. Esta consciência está presente nas entrevistas efectuadas, uma vez que se percebe que os intervenientes no estudo entendem que os enfermeiros não estão mais junto deles porque não podem, muito por culpa da tensão organizacional que cada vez mais existe nos modelos de gestão hospitalar da actualidade.

A questão valorizada pelos utentes não se trata tanto da quantidade de tempo junto dos doentes, mas sim da qualidade desse tempo. Cada vez mais os profissionais de enfermagem são sujeitos a grande pressão e de acordo com Hesbeen (2001) quando se avaliam as necessidades de pessoal em função do número de actos conduz-se a situações em que o tempo passado junto dos doentes é reduzido a nada, não sendo valorizado pela gestão hospitalar.

De facto os testemunhos recolhidos conferem a ideia de que os cuidados de enfermagem são baseados no humanismo, contudo e por força de tensões impostas pelas organizações levam a uma prática essencialmente biomédica.

Por parte dos utentes há uma consciência apurada de que o cuidar exige equilíbrio, contudo difícil de executar.

Infelizmente os serviços não estão organizados em torno dos seus doentes, mas em referência a critérios das próprias instituições hospitalares e de disponibilidade destes mesmos serviços. (Anjos & Leal, 2005)

Apesar do profissionalismo estar presente existe uma tensão organizacional muito marcada. Os profissionais deveriam ser mais treinados para suportar esta tensão, que será certamente cada vez maior.

Torna-se, então, essencial que os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros desenvolvam competências relacionais e de parceria com o doente, evitando ao máximo as consequências negativas que uma hospitalização poderá acarretar, contribuindo de forma significativa para a promoção da autonomia do mesmo por meio dos cuidados de enfermagem por si efectuados. (Costa, 1998)

O enfermeiro deve por isso mostrar ao doente que ele é importante para o profissional como pessoa, contudo a tarefa também ocupa um lugar de destaque, por força das pressões e da sobrecarga de trabalho.

Analisando as entrevistas verifica-se que os doentes apesar de não o dizerem com a maior satisfação de sempre, entendem os que leva os enfermeiros a serem assim e referem que o que eles fazem é para bem deles contudo o tempo que despendem é reduzido.



De facto a representação social dos cuidados de enfermagem para os depoentes fica aquém do que é por vezes leccionado na formação inicial dos enfermeiros, ou seja nas escolas de enfermagem. De acordo com a minha experiência pessoal enquanto aluna de enfermagem e como orientadora de alunos de enfermagem, o ensinamento acerca da realidade dos cuidados é em grande medida virado para o cuidar – modelo humanista.

Contudo aquando do confronto com a realidade hospitalar ou de outro serviço de saúde verifica-se que esta realidade até então dada como certa é desvirtuada por tudo aquilo acima referido.

A escola por vezes assume que o enfermeiro se trata de um cuidador com conhecimentos/ saber biomédico, contudo a realidade mostra-nos que a representação social dos cuidados de enfermagem demonstrada por estes testemunhos conduz-nos para o modelo biomédico com componente humanista. O doente reconhece e o enfermeiro aceita-se como biomédico mas com preocupações humanistas.

Daí que o diagrama (figura 1) mostre uma envolvimento humanista dos cuidados de enfermagem, com um cerne/ núcleo biomédico.

O ideal seria efectuar um “trabalho de cuidar”, em que o princípio fundamental é estabelecer uma relação enfermeiro/ doente criando laços de empatia, a fim de dar à rotina hospitalar um sentido positivo, para que a doença seja sentida como um percurso a mais na vida, com o horizonte próximo da cura. (Carvalho, 1996)

Todavia este estudo mostra-nos que a representação social dos cuidados de enfermagem é levada para a “humanização do trabalho”, em que se corre a toda a hora nos serviços hospitalares lutando para manter um equilíbrio entre o “tratar” e o “cuidar”, entre a tarefa e a atenção, entre o biomédico e o humanista.

Tudo isto põe em causa os padrões de qualidade que se preconiza aquando da prestação dos cuidados. Para Bilhim (2009, p. 218) a “qualidade é obtida através da cooperação das pessoas que trabalham nas organizações.” Para o mesmo autor, “qualidade significa essencialmente a satisfação do cliente/utente/cidadão e é em geral reconhecida como factor chave para obter vantagens competitivas/comparativas.” (Bilhim, 2009, p. 218)

Da mesma forma que para Roemer (1991) qualidade nos cuidados de saúde é o grau em que os serviços e recursos de saúde correspondem a padrões específicos, que uma vez aplicados produzem os resultados pretendidos pelo cuidador e desejados pelo doente. Por este estudo se percebe que a prática de enfermagem e os seus cuidados não são de todo os desejados pelo doente e os pretendidos pelo cuidador – o enfermeiro, logo a qualidade nos cuidados de saúde começa a ser posta em causa pelos seus intervenientes.

Os enfermeiros, como membros da equipa de saúde, são co-responsáveis perante os doentes e a organização onde trabalham, pela qualidade dos cuidados prestados. Através dos resultados deste estudo verificou-se que esses padrões poderão ser postos em causa uma vez que o tempo para estar com os doentes é cada vez mais reduzido. Consequência disso poderá ser a descida dos índices de confiança e compreensão que os doentes têm nos profissionais de enfermagem. Isto significa que a qualidade dos cuidados, por força desta tensão organizacional, poderá diminuir a médio prazo, uma vez que se o paradigma do “cuidar” estivesse mais presente nos cuidados de enfermagem, certamente que algumas das referências menos agradáveis proferidas pelos entrevistados seriam evitadas.

Em suma, é importante que se treine os profissionais de enfermagem para lidar com esta pressão e tensão que vais certamente aumentar, muito por culpa também das restrições orçamentais em curso no nosso país, nomeadamente no sector da saúde.

Porém, a crescente tensão e pressão sobre os profissionais em questão, que leva a cuidados de enfermagem mais distantes e apressados, não se resolve apenas com o treino destes profissionais para lidar com a mesma. A questão remete-nos também para a importância de envolver os médicos, assistentes operacionais, organização e a família de cada doente.

A família no sistema de organização dos dias de hoje não é muito valorizada como peça fundamental para o processo de tratamento de um doente. Cada vez mais a família, como cuidador informal, será indispensável para promover o equilíbrio entre biomédico e humanista, que por força do excesso de trabalho dos profissionais esvaneceu.

Para além disso, ao se apostar na família como cuidadores informais, poderia significar internamentos mais curtos, com menor risco de infeções nosocomiais, advindo daí redução

de custos com exames complementares de diagnóstico e terapêutica, que ocupam a grande fatia do orçamento em saúde.

Com esta aposta o grande beneficiário seria mesmo o doente uma vez que não estaria sujeito a cuidados de saúde com tempo contado e estando no seu ambiente familiar certamente que a recuperação seria melhor.

Tendo em consideração tudo o que anteriormente foi referido e de acordo com o problema/ questão de partida levantado no início deste estudo: “a representação social que os utentes anteriormente sujeitos a internamento hospitalar têm de nós é a que queremos que tenham?”, considero que, na realidade a representação social que os utentes sujeitos a cuidados de enfermagem em internamento hospitalar têm não é a que os profissionais gostariam que tivessem.

Na realidade, a utopia de cuidados de enfermagem apenas virados para o humanismo, não é exequível pelos profissionais nos moldes que imperam nos hospitais.

De facto e de acordo com palavras de Lopes e Reto (1991, p. 35) a organização da qual fazem parte os enfermeiros que praticam a sua actividade profissional pode também ser responsável pela construção da personalidade e identidade de cada enfermeiro. Estes enquanto profissionais poderão não estão de acordo com este facto, mas a pressão organizacional e a sobrecarga de doentes para poucos recursos humanos pode ter dado início a um novo paradigma nos cuidados de enfermagem, em que se deixa o trabalho de “cuidar” para a “humanização do trabalho”, em que os enfermeiros dão o melhor de si, contudo ainda assim longe do modelo humanista.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu saber de que forma os utentes anteriormente sujeitos a cuidados de enfermagem no internamento hospitalar avaliaram esses cuidados, ou seja a representação social dos mesmos.

O facto de o objecto de análise serem opiniões acerca de uma situação que na maioria dos casos decorreu num passado pouco recente pode também ter atenuado as suas opiniões, uma vez que o que não nos marca há a tendência para esquecer.

A aplicação do método de recolha de dados por entrevista focus-group permitiu que num mesmo espaço pudessem ser debatidas as várias opiniões, algo que enriqueceu certamente este estudo.

Conclui-se que apesar de dois grupos diferentes puderam partilhar no geral da mesma opinião nas mesmas questões, o que reflecte a unanimidade das respostas.

De facto, o paradigma leccionado em meio escolar está longe da realidade vivida nos serviços de saúde. Cada vez mais será necessário que a identidade profissional do enfermeiro se adapte às circunstâncias tidas no mundo real para que não se ande durante quatro anos de licenciatura a pensar que de uma determinada forma e no fim de contas a representação social e a realidade in loco dos cuidados é totalmente diferente.

O presente estudo, pela abordagem qualitativa que lhe está inerente, não permite efectuar uma generalização dos resultados. Contudo, é de realçar que esta investigação poderá estimular o interesse para estudos futuros acerca da importância da integração da família nos cuidados aos doentes, como cuidadores informais.

Ao ser avaliada a representação social dos cuidados de enfermagem também se poderá remeter para a qualidade dos mesmos, que é traduzida pela satisfação dos doentes com os referidos cuidados.

Considerando o doente a razão de ser de todos os esforços dos profissionais de saúde, estes devem ser tratados e cuidados com respeito e qualidade de serviço, tendo em vista a sua satisfação e bem-estar.

Sobretudo, era importante que este estudo pudesse alertar as instituições hospitalares para o rumo que os cuidados de saúde estão a levar muito por culpa das ideologias meramente gestionárias. Assim como servir de alerta para as escolas de enfermagem que insistentemente formatam os seus alunos para um paradigma completamente diferente daquele que existe na realidade.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anjos, F., & Leal, I. L. (2005). Cuidar em enfermagem – A pessoa idosa institucionalizada. *Nursing, Edição Portuguesa, Revista de formação contínua em enfermagem* nº 205.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Basto, M., Rebelo, M., & Ribeiro, L. (Out/ Dez de 1996). O texto e o contexto nas tendências de enfermagem. *revista Portuguesa de Saúde Pública Vol-14 nº4*, pp. 25-38.
- Bell, J. (2008). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Bilhim, J. (2006). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos 2ª Edição Revista e Actualizada*. Lisboa: ISCSP.
- Bilhim, J. (2009). *Gestão de Estratégia de Recursos Humanos*. Lisboa: Revista.
- Carvalho, M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, M. (2006). *A formação profissional. O professor*, 34, pp. 63-71.
- Castell, R. (Out de 1992). La Identidad profesional de la enfermera. *Revista Rol de Enfermeria A. 15 nº 170*, pp. 39-44.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: SEP.
- Costa, A. (1998). Enfermeiros - Dos percursos da formação à produção de Cuidados. *Fim de Século – Saúde*.
- DECRETO – LEI nº 104/98. **D. R.** nº93, Série I-A de 21 de Abril
- DGS (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.
- Fernandes, B. (2004). *Representação Social do Enfermeiro*. Lisboa: INDEG/ISCTE
- França, A. P. (2012). *A Consciência Bioética e o Cuidar*. Coimbra: Formasau;
- Gomes, I. (2002). *O Conceito de Parceria no Processo de Cuidados de Enfermagem ao Doente Idoso. “O Erro de Narciso”*. Universidade Aberta: Lisboa.
- Guimelli, C. (1994). *Structures et transformations des représentations sociales, textes de Base en Sciences Sociales*. Delachaux et Nietslé.

- Hesben, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Camarate: Lusociência.
- Hook, M. L. (Outubro de 2006). Partnering with patients – a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 56 nº 2.
- Krueger, R. A. (1998). Developing questions for *focus groups* - Focus Group Kit (Vol.3). In D. L. Morgan, & R. A. Krueger, *The Focus Group Kit*. California: Thousand Oaks, Sage Publications.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusociência
- LEI nº 48/90, D. R. nº 195, I Serie de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde
- Lind, W. (2008). *Casais biculturais e monoculturais: Diferenças e recursos*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Lopes, A., & Reto, L. (1991). *Identidade da Empresa e Gestão pela Cultura*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda
- Morgado, V. (2003). *Programa Operacional de Saúde XXI - qualidade em saúde: uma exigência do presente um investimento do futuro*. Coimbra.
- Morgan, D. L.(1996). *Focus group*. *Annual Review Sociology*. 22, 129-152.
- Morgan, D. L. (1998). Planning focus groups - The Focus Group Kit (Vol. 2). In D. L. Morgan, & R. A. Krueger, *The Focus Group Kit*. California: Thousand Oaks, Sage Publications.
- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: Investigações em psicologia social*. Rio Janeiro: Vozes.
- Negreiros, M. A. (1995). *As Representações Sociais da Profissão de Serviços Sociais – Uma Análise empírica em contexto autárquico*. Lisboa: Investigar o Agir.
- Oliveira, D. C. (2008). Análise de Conteúdo Temático - Categorical: Uma proposta de sistematização. *Revista de Enfermagem, UERJ*, pp. 569 - 576.
- Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico. [Consult. 12.02.2013] Disponível em <http://www.oecd.org>
- Organização Mundial de Saúde. [Consult. 12.02.2013] Disponível em <http://www.who.int/en>

- Ribeiro, L. F. (1995) – *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Socio-Moral*. Lisboa. SEP. Colecção Educa-Formção.
- Roemer, M., & Montoya, A. (1991). *Garantia e avaliação da qualidade em unidades de saúde primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Santos, A. (2005). Representações sociais do processo saúde doença entre nefrologistas e pacientes renais crónicos. *In Psicologia, Saúde & Doença Vol 6 nº1. Brasil*, 57-67.
- Schein, E. (1982). *Psicologia Organizacional*. Rio de Janeiro: Editora Prentice - Hall do Brasil, Lda.
- Serra, A. (2000). *Identidade profissional vs Identidade organizacional*. Lisboa: ISCTE.
- Simões, P. (1997). *Identidade Profissional dos Designers Portugueses : Identidade Social e posicionamento no círculo profissional*. Lisboa.
- Sorensen, L. &. (1998). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Sousa, M. (1998). Ordem dos Enfermeiros mais um instrumento para a construção da nossa identidade profissional. *Enfermeagem em foco - SEP nº30*, pp. 18-19.
- Vara, J., & Monteiro, B. C. (2002). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Veiga, L. & Gondim, S. (2001). *A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político*. Opinião Pública. 2(1), 1-15.
- Vergara, S. (2010), *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. 12.ed. São Paulo: Atlas.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.



## **ANEXOS**

## ANEXOS

### ANEXO I – Guião da entrevista

1. Em que circunstâncias estiveram internadas?
2. Quanto tempo?
3. Esteve sempre um enfermeiro por perto quando precisou?
4. O enfermeiro fê-las sentir como se estivessem em casa?
5. O enfermeiro demorava muito tempo a atender os vossos pedidos? Arranjava tempo para vocês?
6. Sentiam-se à vontade com o enfermeiro?
7. Sentiram que os enfermeiros compreendiam o que estavam a passar? Porquê?
8. O enfermeiro fazia o que tinha fazer sem explicar o procedimento antes de o fazer? Ou pelo contrário explicava o procedimento de forma que pudessem compreendê-lo?
9. De que forma sentiam que o enfermeiro fazia o melhor para o doente? Agradava-lhe a maneira como o enfermeiro fazia o seu trabalho? Porquê?
10. Sentiram que o enfermeiro despendeu tempo convosco? Ou pelo contrário foram ausentes e rápidos no contacto? Porquê?
11. De que forma os enfermeiros mostraram interesse e preocupação com vocês aquando dos cuidados de enfermagem?
12. O que faziam os enfermeiros para que se sentissem mais confortáveis?
13. De que forma sentiu que o enfermeiro escutava e compreendia os seus problemas?
14. Em algum momento sentiram que o enfermeiro estava com pouca vontade de vos ajudar? Se sim qual?
15. De que modo a forma como o enfermeiro vos tratou influenciou a qualidade do tratamento?
16. Acham que os enfermeiros ao contactarem convosco vos trataram apenas olhando à doença, ou se pelo contrário sentem que foram criados laços de empatia, compreensão e humanização durante os cuidados de enfermagem?
17. De que forma é que o enfermeiro vos fez sentir como pessoa?
18. Sentiram alguma vez que os enfermeiros beneficiaram um doente em relação a outro? Porquê?

- 19.** De que forma os enfermeiros se certificavam da vossa privacidade?
- 20.** Por vezes ouve-se dizer que o enfermeiro tem um papel secundário no cuidado aos doentes. O que acham disto? Qual é a vossa opinião?
- 21.** Como eram os enfermeiros que contactaram convosco? Técnicos ou humanos? Porquê?
- 22.** De que se lembram quando ouvem falar em enfermeiro? Qualidade e defeitos?
- 23.** Que acham que devia ser melhorado na relação enfermeiro-doente?
- 24.** Como gostariam que fosse o enfermeiro ideal?
- 25.** Querem acrescentar alguma ideia que ainda não tenha sido abordada?
- 26.** Idade dos entrevistados
- 27.** Sexo dos entrevistados
- 28.** Estado civil dos entrevistados
- 29.** Situação Laboral dos entrevistados
- 30.** Escolaridade dos entrevistados

**Primeira entrevista focus-group realizada em Dezembro 2012**

**1. Em que circunstancias estiveram internadas?**

R: Sra. A esteve internada por uma queda com fractura do colo do fémur; a Sra. B esteve internada por bradicardias para a colocação de *Pace-Maker*; a Sra. C esteve internada para remoção cirúrgica de neoplasia da mama; a Sra. D esteve internada por alterações gastrointestinais; a Sra. E esteve internada devido a um acidente vascular cerebral (AVC) e por último a Sra. F esteve internada devido a uma cirurgia abdominal.

**2. Quanto tempo?**

R: Sra. A esteve internada um mês; Sra. B esteve 20 dias; Sra. C esteve 6 dias; Sra. D esteve 12 dias; Sra. E esteve 10 dias e a Sra. F esteve 5 dias.

**3. Esteve sempre um enfermeiro por perto quando precisou?**

R: Sra A: sim

Sra B: sim

Sra C: sim

Sra D: sim

Sra E: sim

Sra F: sim

**4. O enfermeiro fê-las sentir como se estivessem em casa?**

R: Sra A: sim

Sra B: sim, muito carinhosos, estive nos Cuidados Intensivos e custou-me muito passar para uma enfermaria, mas sempre me trataram para me fazer sentir em casa.

Sra C: sim, contudo havia uma ou outra enfermeira que por vezes eram um pouco mais secas. Numa situação uma sra no meu quarto estava a chamar a enfermeira, e eu toquei à campainha. A enfermeira veio e começou a “ralhar” comigo por eu ter chamado por elas. Respondendo-me que se a doente dormia de dia, de noite não haveria de ter sono. Mas foi a única por todas as outras eram impecáveis para comigo.

Sra D: sim

Sra E: sim, eu fui muito bem tratada.

Sra F: Mais ou menos. Tive outros internamentos num hospital privado e senti que fui melhor tratada, do que neste último hospital (público). Neste último sentia-me como sendo mais uma, muito barulho na enfermaria, tocava à campainha e demoravam um pouco a chegar até mim, não que não quisessem vir, mas porque tinham imensos doentes para tão poucas enfermeiras. Não faziam por mal, mas porque andavam exaustas com tantos doentes ao mesmo tempo a pedir coisas.

**5. O enfermeiro demorava muito tempo a atender os vossos pedidos? Arranjava tempo para vocês?**

R: Sra A: demoravam algum tempo a chegar até nós, o tempo que arranjavam para nós era pouco, não por falta de vontade e insensibilidade, mas porque era imenso trabalho para poucos profissionais.

Sra B: Não tive razão de queixa de nada.

Sra C: Demoravam algum tempo mas apareciam, davam-nos um pouco de atenção e saíam porque entretanto mais doentes chamavam por elas.

Sra D: Eram muito minhas amigas e conversavam quando era preciso.

Sra E: Sempre precisei, conversavam comigo, mesmo que por pouco tempo, mas coitadas também andavam sempre a correr.

Sra F: no tempo que despendiam connosco eram impecáveis, não me faltavam com nada, apenas não tinham muito tempo para estar junto de nós porque éramos muitos para tão poucas.

**6. Sentiam-se à vontade com o enfermeiro?**

R: Sra A: Fui bem tratada, contudo quando percebi a carga de trabalho dos enfermeiros decidi não chamar, não pedir nada aos enfermeiros porque eles mal tinham tempo para chegar a todos os doentes. Era um trabalho difícil para eles porque todos chamavam ao mesmo tempo. Sentia-me à vontade com eles, e eles punham as pessoas à vontade, contudo era um trabalho tão exigente, que lhes retirava tempo para estar descansados junto dos doentes.

Sra. B: senti-me sempre à vontade com todos eles.

Sra C: sentia-me mais à vontade com as enfermeiras do que com os enfermeiros. Onde estive eram quase todas mulheres, por isso foi mais fácil estar à vontade com elas.

Sra D: sim, sem problemas.

Sra E: sim nunca me senti deslocada com a equipa de enfermagem

Sra F: nunca tive problemas, sempre me senti à vontade.

## **7. Sentiram que os enfermeiros compreendiam o que estavam a passar? Porquê?**

R: Sra A: senti que compreendiam o que estava a passar, o que se passava é que achava-os todos extremamente cansados e saturados. Contudo sempre muito atentos aos sintomas e procurando sempre ajudar.

Sra C: uma situação que se passou comigo em que referi dores nas costas ao enfermeiro, ele procurou saber com exactidão o tipo de dor para poder transmitir ao médico e nessa mesma tarde fui fazer um Rx.

Sra D: sim compreendiam, mas também nunca fui muito de me queixar.

Sra E: como tive o AVC estava muito dependente dos enfermeiros para quase tudo. Sempre compreenderam o que estava a precisar, como não conseguia fazer coisas sozinha, eles eram muito meus amigos e não me deixavam faltar nada.

Sra F: sim compreendiam, embora às vezes demorassem tempo a chegar até mim, mas quando conversávamos eles compreendiam o que estava a passar e tentavam sempre ajudar.

## **8. O enfermeiro fazia o que tinha fazer sem explicar o procedimento antes de o fazer? Ou pelo contrário explicava o procedimento de forma que pudessem compreendê-lo?**

R: Sra A: por vezes explicavam por vezes não.

Sra B: explicavam o que tinham que fazer, mas também nesse campo não dei muito que fazer.

Sra C: a abordagem não era brusca, explicavam o que tinham para me fazer. Eram doces no toque e no contacto.

Sra D: muitas não eram de grandes falas, faziam o que tinham que fazer e seguiam para outro doente.

Sra E: não explicavam o que iam fazer.

Sra F: umas explicavam, outras não explicavam.

**9. De que forma sentiam que o enfermeiro fazia o melhor para o doente? Agradava-lhe a maneira como o enfermeiro fazia o seu trabalho? Porquê?**

R: Sra A: senti que por vezes não faziam mais, porque não tinham enfermeiros que chegue. Agradou-me o modo como tecnicamente o enfermeiro trabalhou, às vezes demorava muito a atender-nos porque éramos muitos doentes. Mas no geral foram sempre muito cuidadosos comigo.

Sra B: na minha enfermaria havia uma doente muito mal, que até acabou por falecer, e os enfermeiros passavam lá para ver como estavam, claro que não podiam estar lá muito tempo, mas iam lá ver da senhora sim.

Sra C: não tenho muito mais a dizer, só posso dizer que não fui mal tratada. Os enfermeiros trabalhavam bem e via-se que sabiam como fazer as coisas.

Sra D: sim

Sra E: sim senti que trabalhavam bem e que faziam o melhor para me sentir bem.

Sra F: a única coisa que me desagradou foi o tempo que por vezes demoravam a chegar até nós doentes.

**10. Sentiram que o enfermeiro despendeu tempo convosco? Ou pelo contrário foram ausentes e rápidos no contacto? Porquê?**

R: Sra A: contacto rápido fazendo o que tinham para fazer parando pouco para conversar.

Sra B: Faziam o que tinham a fazer e seguiam para outro doente.

Sra C: Pouco paravam para conversar. Faziam tratamento e iam embora. Nunca senti que fosse por falta de interesse mas por falta de tempo.

Sra D: Tinham muito que fazer e tantos doentes para tratar que nem tinham tempo para conversar connosco um pouco.

Sra E: o contacto era rápido, havia uma ou outra mais atenciosa mas no geral não demoravam muito tempo junto de nós.

Sra F: havia enfermeiros que de facto paravam para conversar um pouco, mas havia turnos que se notava que mal tinham tempo para fazer os tratamentos, quanto mais pararem para conversar.

**11. De que forma os enfermeiros mostraram interesse e preocupação com vocês quando dos cuidados de enfermagem?**

R: Sra A: sempre notei que tinham interesse, faziam as coisas para o nosso bem, atendiam-nos sempre que era preciso, faziam tudo da forma que nos deixasse mais confortáveis e melhores.

Sra B: apesar do contacto rápido mostravam interesse em nos ajudar. Considero que a preocupação era mais com as técnicas.

Sra C: o trabalho e a falta de tempo não permitia que ficassem muito mais tempo junto de nós, mas estavam sempre a perguntar se tínhamos dores, se precisávamos de alguma coisa, sempre preocupados.

Sra D: eram preocupados e interessados no nosso bem estar, mas sempre a correr de um lado para o outro. Nunca me faltaram com nada mas andavam sempre a correr.

Sra E: Todos os dias me perguntavam se estava melhor e se precisava que fizessem mais alguma coisa mas estavam pouco tempo connosco.

Sra F: Nunca senti que não se preocupassem comigo. Não estavam muito tempo junto de nós mas não saíam de ao pé de nós sem a certeza que estávamos bem.

**12. O que faziam os enfermeiros para que se sentissem mais confortáveis?**

R: Sra A: coisas pontuais sim como colocar um cobertor para nos agasalhar, contudo talvez por falta de tempo não podiam fazer muito mais.

Sra B: Faziam o que tinham a fazer e seguiam o seu caminho. Não achei que fizessem por mal mas não se preocupavam muito o carinho. A técnica deles era mais importante.

Sra C: não me faltaram com nada mas o conforto de espirito não existiu muito, não por maldade mas porque eles eram sempre muito poucos para tanta gente.

Sra D: Andavam sempre numa grande correria, tentavam fazer o melhor que conseguiam para nos confortar, mas com pouca gente para trabalhar e tantos doentes não há milagres.

Sra E: eles bem que tentavam estar uma pouco mais junto de nós numa conversa mas logo a seguir chamavam uns quantos doentes e familiares, e eles coitados tinham que se desdobram. Estiveram sempre preocupados em saber se tinham frio, dores, fome, sede e se queríamos mais alguma coisa.

Sra F: Sempre que chegavam junto de mim a preocupação era em fazer o tratamento, mas durante isso perguntavam se estava tudo bem se estava confortável e se precisassem de alguma coisa para chamar.



**13. De que forma sentiu que o enfermeiro escutava e compreendia os seus problemas?**

R: Sra A: o facto de serem todos os dias enfermeiros diferentes dificultava o estreitamento de laços e portanto não se criaram grandes contactos para que os nossos problemas pudessem ser debatidos e ouvidos.

Sra B: desabafei uma vez com uma enfermeira num dia, mas depois só a voltei a ver daí a quase cinco dias, logo nunca mais me senti à vontade para voltar a tocar no assunto.

Sra C: senti que não me escutavam como se calhar eu estava necessitada. Como o contacto era rápido não havia tempo para grandes conversas.

Sra D: o contacto era rápido por isso nunca me alonguei na conversa acerca dos meus problemas, basicamente a preocupação deles era com o meu estado de saúde, nada mais além disso.

Sra E: penso que por falta de tempo andavam sempre com os minutos contados e daí o tempo para a escuta ser curto. Não os condeno mas a falta de pessoal assim os obriga, para que possam chegar nem que seja um bocadinho a cada doente.

Sra F: havia enfermeiros que estava dois e três dias sem os ver, logo não podia estreitar grandes laços com eles. Contudo o pouco que falávamos senti que se preocupavam em perceber o que tinha, escutando as minhas lamúrias.

**14. Em algum momento sentiram que o enfermeiro estava com pouca vontade de vos ajudar? Se sim qual?**

R: Sra A: a parte técnica era excelente, contudo senti numa ocasião nos cuidados de higiene na casa banho, o enfermeiro pediu ajuda à auxiliar porque não queria ser ele a ir para a casa banho comigo.

Sra B: não poderei dizer que era má vontade, mas o certo é que faziam a parte técnica, davam a injeção e seguiam. Uns davam uma curta conversa e outros não.

Sra C: uns procuravam saber se precisava de mais alguma coisa para que nos pudessem ajudar, outros nem se preocupavam com isso. Se calhar era o feitio de cada um.

Sra D: o curto tempo que eles tinham não permitia muito mais. Nunca senti que tivessem pouca vontade para me ajudar, tinham sim pouco tempo.

Sra E: pouca vontade não, o número de doentes que tinham para tão poucos não permitia que se alargassem muito com cada doente, contudo sempre que precisei estavam lá mesmo que por pouco tempo.

Sra F: nós como velhos precisamos mais de uma conversa do que de um comprimido. Não os condeno mas cinco minutos de conversa por vezes sabia muito bem, aliviava-me a alma. Uns faziam isso outros tinham pouca vontade de parar para conversar.

**15. De que modo a forma como o enfermeiro vos tratou influenciou a qualidade do tratamento?**

R: Sra A: não foi pelo facto de terem tido pouco tempo para conversar comigo que fizeram mal o seu trabalho. Fui muito bem tratada, faziam os tratamentos muito bem com qualidade, apenas falaram pouco comigo.

Sra B: a qualidade do tratamento foi boa, talvez os dias demorassem mais a passar porque o contacto com eles era muito curto, mas fiquei melhor e isso é que foi importante.

Sra C: considero que tecnicamente eram excelentes profissionais daí que a qualidade do tratamento não tenha sido posta em causa. Contudo, na parte de serem nossos amigos e confidentes não considero que tenham sido os melhores. Volto a referir que não era por maldade mas o tempo que tinham não permitia muito mais.

Sra D: tratou-me sempre bem e preocupado comigo, daí ter corrido tudo bem.

Sra E: não posso dizer que tenham sido maus enfermeiros, apenas fizeram o que tinham que fazer. Só considero que era muito trabalho para tão poucos enfermeiros.

Sra F: dentro do que lhes era possível eram companheiros, o tempo era pouco, mas os tratamentos em si fizeram-nos com grande qualidade.

**16. Acham que os enfermeiros ao contactarem convosco vos trataram apenas olhando à doença, ou se pelo contrário sentem que foram criados laços de empatia, compreensão e humanização durante os cuidados de enfermagem?**

R: Sra A: senti que olharam apenas à minha doença e ao facto de ser uma doente com “perna partida”. Sinceramente também não estava à espera de mais nada além disso.

Sra B: sempre consegui fazer as coisas mais ou menos sozinha. Senti que nem todos olharam para mim só como doente, mas na generalidade sim. Contudo, não faziam por mal mas por falta de tempo.

Sra C: não se preocuparam em me conhecer melhor e criar laços empatia. Faziam o que tinham que fazer e pronto.

Sra D: para eles não eramos mais do que doentes. Mas fui muito bem tratada. Iam junto de mim para me fazerem apenas o tratamento e seguiam caminho.

Sra E: não criei empatia com nenhum enfermeiro, eles no lugar deles e nós no nosso.

Sra F: eram humanos connosco, não nos tratavam mal, mas empatia e laços mais próximos não haviam tempo para isso. O importante era tratar de nós para nos curar o mais rápido possível.

**17. De que forma é que o enfermeiro vos fez sentir como pessoa?**

R: Sra A: não houve uma grande preocupação nesse aspecto.

Sra B: não me tratavam mal mas a preocupação era com medicação e pouco mais.

Sra C: pouco tempo tinham para estar junto de nós. Não me tratavam mal mas como pessoa nem por isso.

Sra D: havia enfermeiros que eram mais preocupados que outros mas no geral faziam apenas o que correspondia ao tratamento e o outro lado da relação foi um pouco esquecido.

Sra E: como já referi não faziam por mal, mas o tempo era de facto curto. Como pessoa não fizeram grande coisa para me fazerem sentir, mas foram importantes neste processo.

Sra F: não eram indelicados comigo mas não perdiam muito tempo junto de mim, era um contacto rápido daí não me sentir como pessoa.

**18. Sentiram alguma vez que os enfermeiros beneficiaram um doente em relação a outro? Porquê?**

R: Sra A: não

Sra B: não

Sra C: não

Sra D: não

Sra F: não

Sra E: não

**19. De que forma os enfermeiros se certificavam da vossa privacidade?**

R: Sra A: sim. Mantinha sempre tapada aquando da higiene, com cortinas corridas.

Sra B: não senti, as cortinas estavam estragadas e por isso toda gente via a enfermeira a dar-nos banho. Ela tentava sempre manter-nos protegidas mas era complicado.

Sra C: tomava no duche, mas também não havia cortinas, logo quem entrasse via-me a tomar banho.

Sra D: tomava também no duche e dentro do que era possível tentavam manter a privacidade

Sra E: eu estava acamada e tudo era feito na cama, puxavam as cortinas e tentavam que mais ninguém tivesse acesso ao que me estavam a fazer. Nesse ponto e tendo em conta as condições físicas menos próprias, os enfermeiros eram muito cuidadosos.

Sra F: eu tive que ser várias vezes cuidada por enfermeiros homens. Isso mexia muito comigo, mas coitados eles tinham de fazer o trabalho deles, e sempre foram muitos respeitadores e cuidadosos com a minha privacidade.

**20. Por vezes ouve-se dizer que o enfermeiro tem um papel secundário no cuidado aos doentes. O que acham disto? Qual é a vossa opinião?**

R: Sra A: ninguém é superior a ninguém, cada um tem o seu papel e o médico não é mais que o enfermeiro e vice-versa. Todos precisam de todos.

Sra B: o papel do enfermeiro é muito importante, não é secundário. Deve ser tido “lado a lado” com a restante equipa de um serviço. Todos precisam de todos para que o resultado final seja o melhor.

Sra C: o médico é mais importante que o enfermeiro. O enfermeiro faz o tratamento que o médico manda.

Sra D: o médico é mais importante. O enfermeiro é secundário nos cuidados ao doente.

Sra E: o médico é mais importante. Ele é quem define o nosso tratamento logo o enfermeiro é secundário.

Sra F: o médico é mais importante que o enfermeiro.

**21. Como eram os enfermeiros que contactaram convosco? Técnicos ou humanos?**

**Porquê?**

R: Sra A: técnicos. Faziam o que tinham que fazer e iam para o próximo doente.

Sra B: técnicos. Pouco paravam para conversar comigo. Tinham tanta coisa para fazer durante o turno que não sobrava tempo para grandes conversas.

Sra C: eram pouco humanos. Mais técnicos sem dúvida. Iam mudar-nos o soro, dar injeção, etc, às vezes sem falar e seguiam caminho.

Sra D: técnicos. Não por mal, era mesmo porque tinham muito para fazer.

Sra E: técnicos, sem dúvida.

Sra F: técnicos. Tinham pouca disponibilidade para se alongarem em conversas e cumplicidades.

**22. De que se lembram quando ouvem falar em enfermeiro? Qualidade e defeitos?**

R: Sra A: serem mais presentes e mais humanos. Como qualidade são muito bons profissionais, não é fácil lidar com pessoas que estão a toda a hora a chamar por eles, sem eles tão poucos.

Sra B: disponibilizam pouco tempo para os doentes. Não que não queiram mas porque são muito poucos para tanta gente. Executam muito bem tecnicamente e são perfeitos tecnicamente.

Sra C: ouvir mais cada um será o defeito que lhes aponto. São por outro lado pessoas muito simpáticas e que se não estão mais presentes é porque têm todos os dias muito que fazer para que os doentes melhorem.

Sra D: apesar de falarem pouco com os doentes, quando vêm junto de nós são meigos e carinhosos, pena que o contacto seja curto.

Sra E: amigos e disponíveis. Não fazem mais porque o tempo não permite.

Sra F: cuidadosos e responsáveis. Têm é pouco tempo para estar junto dos vários doentes.

**23. Que acham que devia ser melhorado na relação enfermeiro-doente?**

R: Sra A: estar mais tempo com cada doente.

Sra B: despenderem mais tempo com cada doente, serem mais próximos.

Sra C: escutarem mais cada doente, não terem um contacto tão rápido como quase todos têm.

Sra D: são muito nossos amigos, mas são curtas as conversas e a cumplicidade e empatia não se estabelece.

Sra E: mais próximos do doente. Muito por falta de condições de trabalho mas os doentes não têm culpa.

Sra F: melhorar a relação de empatia e cumplicidade que têm connosco.

**24. Como gostariam que fosse o enfermeiro ideal?**

R: Sra A: mais cúmplice

Sra B: mais presente

Sra C: não demorar tanto a chegar até nós.

Sra D: mais próximo de nós

Sra E: mais presente e despende mais tempo com cada doente

Sra F: mais próximo e não demorar tanto quando é chamado.

**25. Querem acrescentar alguma ideia que ainda não tenha sido abordada?**

R: Sra A: não

Sra B: não

Sra C: não

Sra D: não

Sra E: não

Sra F: não

**26. Idade:**

Sra A: 82

Sra B: 84

Sra C: 83

Sra D: 84

Sra E: 77

Sra F: 84

**Sexo:** Sra A, B, C, D, E e F todas do sexo feminino.

**Estado civil:**

Sra A: solteira

Sra B: solteira

Sra C: solteira

Sra D: solteira

Sra E: casada

Sra F: solteira

**Situação laboral:**

Sra A: reformada (antiga escriturária)

Sra B: reformada (antiga doméstica)

Sra C: reformada (antiga doméstica)

Sra D: reformada (antiga doméstica)

Sra E: reformada (antiga doméstica)

Sra F: reformada (antiga doméstica)

**Escolaridade:**

Sra A: > 9º ano

Sra B: < 9º ano

Sra C: < 9º ano

Sra D: < 9º ano

Sra E: < 9º ano

Sra F: < 9º ano

## **Segunda entrevista focus-group realizada em Janeiro de 2013**

### **1. Em que circunstancias estiveram internadas?**

R: a Sra G esteve internada por uma fractura do pé; sra. H esteve internada por uma cirurgia a hemorróides; a sra. I esteve internada por uma crise de asma; o Sr. J esteve internado por um síndrome vertiginoso; a Sra. L esteve internada por um AIT e o Sr. M esteve internado por uma TVP.

### **2. Quanto tempo?**

R: Sra G: 4 dias

Sra H: 8 dias

Sra I: 7 dias

Sr J: 1 dia

Sra L: 15 dias

Sr M: 8 dias

### **3. Esteve sempre um enfermeiro por perto quando precisou?**

R: Sra G: sim

Sra H: sim

Sra I: sim

Sr J: sim

Sra L: sim

Sr M: sim

### **4. O enfermeiro fê-las sentir como se estivessem em casa?**

R: Sra G: sim

Sra H: sim

Sra I: sim

Sr J: sim

Sra L: sim

Sr M: sim



**5. O enfermeiro demorava muito tempo a atender os vossos pedidos? Arranjava tempo para vocês?**

R: Sra G: não demoravam muito tempo quando solicitados apareciam em tempo razoável. Não despendiam muito tempo porque a sobrecarga de trabalho era grande, mas o tempo que estavam junto do doente era com qualidade.

Sra H: não demorava muito tempo. Vinham sempre de forma simpática e o pouco tempo que despendiam para nós tentavam sempre ajudar-nos ao máximo.

Sra I: Muito simpáticos, não demoravam muito tempo a chegar até nós. Para eles o tempo de conversa era curto mas não era por mal.

Sr. J eram relativamente rápidos a chegar até nós e dispensavam tempo suficiente para “dois dedos de conversa”.

Sra. L: não demorava muito tempo. Eram tidas curtas conversas que no momento sabiam muito bem.

Sr. M: eram rápidos a chegar. Conversavam connosco mas coitados, o tempo deles também era todo mais que contado.

**6. Sentiam-se à vontade com o enfermeiro?**

R: Sra. G: sim sem problemas.

Sra. H: Nunca me colocaram entraves na relação, sempre estive à vontade com toda a equipa de enfermagem.

Sra. I: sem qualquer tipo de problema.

Sr. J: nunca me senti retraída na abordagem aos enfermeiros, sempre me colocaram muito à vontade para expor o que precisava.

Sra. L: sempre me senti à vontade com todos.

Sr. M: eram todos impecáveis, nunca me fizeram sentir pouco à vontade com eles.

**7. Sentiram que os enfermeiros compreendiam o que estavam a passar? Porquê?**

R: Sra. G: sim. Compreendiam-me e tentavam ajudar no que podia. Não tinham muito tempo, mas o tempo que estavam connosco faziam-no de coração.

Sra H: sim compreendiam. Estavam sempre preocupados em saber como estávamos para que nos pudessem ajudar.

Sra I: sinto que compreendiam o que estava a passar porque notava-se nos gestos deles que havia amor por nós e pelo nosso bem-estar.

Sr. J: sim não me deixavam ter dores e procuravam sempre saber se estava bem disposto e se precisava que eles fizessem alguma coisa.

Sra L: senti em muitos momentos que me tratavam como se fosse família. Numa situação deixaram a minha irmã entrara bem fora da hora de visita, porque era a única altura que ela me poderia ver. Foram impecáveis nunca se opuseram a entrada dela, porque compreendiam que era importante para mim aquela visita.

Sr. M: Compreendiam, sempre muito preocupados em saber como estava e se havia alguma coisa a incomodar-me para que me pudessem ajudar.

**8. O enfermeiro fazia o que tinha fazer sem explicar o procedimento antes de o fazer? Ou pelo contrário explicava o procedimento de forma que pudessem compreendê-lo?**

R: Sra. G: tinham muita paciência connosco. Explicavam o que iam fazer.

Sra. H: sim explicavam de maneira a que eu entendesse. Não se alongavam muito na explicação mas também não era necessário, desde que eu entendesse.

Sra. I: eram muito pacientes. Havia um ou outro que não explicava, mas na generalidade explicavam o que iam fazer.

Sr. J: não tenho razão de queixas. Explicavam tudo de forma que eu entendesse.

Sra. L: não posso dizer que eram todos os que explicavam, uns melhores que outros. Mas fiquei a entender tudo o que me iam fazer. Mesmo que não explicassem eu questionava.

Sr. M: sim explicavam o que iam fazer, uns melhores que outros, mas tinham isso em atenção.

**9. De que forma sentiam que o enfermeiro fazia o melhor para o doente? Agradava-lhe a maneira como o enfermeiro fazia o seu trabalho? Porquê?**

Sra G: sempre que entravam no quarto cumprimentavam os doentes. Procuravam saber se estava tudo bem connosco.

Sra. H: não posso dizer que me tenham feito nada de negativo. Sempre gostei da postura e profissionalismo deles. Poderiam ficar mais tempo a conversar connosco mas também o tempo deles era todo contado.

Sra. I: sempre foram impecáveis comigo, tiveram sempre uma postura correcta. Uma vez eu não gostava da comida e não almocei. O enfermeiro vendo que não comia foi ligara para a Sra. Dietista e pediu uma alternativa de prato para que pudesse comer. Essa atitude foi muito carinhosa e de alguém que se preocupa com os doentes.

Sr. J: não tive qualquer queixa enquanto estive internado. Sempre foram muito profissionais.

Sra. L: agradou-me o modo como fui tratada, claro que gostei mais de uns enfermeiros do que de outros, mas por uma questão de feitios. Mesmo assim os menos simpáticos nunca me deixaram faltar nada.

Sr. M: foram sempre excepcionais, realmente existem muito bons profissionais de enfermagem neste país.

#### **10. Sentiram que o enfermeiro despendeu tempo convosco? Ou pelo contrário foram ausentes e rápidos no contacto? Porquê?**

Sra. G: não se pode dizer que foram ausentes, contudo o tempo que dispensavam connosco não era o que nós gostávamos que dispensassem, muito pelo excesso de trabalho que os enfermeiros tinham.

Sra. H: não foram de todo ausentes. Sempre precisei estavam lá. O contacto era rápido, mas o tempo que estavam junto de mim sentia que havia preocupação pela minha pessoa.

Sra. I: o tempo que despenderam não era muito porque tinham muito trabalho, mas foi um tempo de muita qualidade. Eram muito atenciosos e preocupados.

Sr. J: não eram ausentes. Eram amigos. Senti que o tempo que passaram junto de mim me trataram bem, mesmo que por vezes fosse de fugida.

Sra. L: os enfermeiros mesmo que quisessem não podiam ficar muito tempo junto dos doentes a conversar. Estavam sempre a ser desviada a sua atenção, por outros doentes, visitas, médicos, etc.

Sr. M: sempre foram muito atenciosos, mesmo que o tempo deles fosse muito contado, os enfermeiros tentavam que nada nos faltasse. Conversavam até discutia futebol.

**11. De que forma os enfermeiros mostraram interesse e preocupação com vocês quando dos cuidados de enfermagem?**

Sra. G: sempre me tentaram ajudar no que eu necessitava. Como tinha pé partido tinha dificuldade em me deslocar, pois o enfermeiro ajudava-me ou pedia a alguém para me ajudar para que não ficasse sozinha.

Sra H: como já disse preocuparam-se mais do que uma vez em arranjar alternativas na comida porque sempre fui muito esquisita. Para mim foi muito importante porque se não houvesse essa preocupação, talvez tivesse passado alguma fome.

Sra. I: sempre que percebiam que estava um serviço muito barulhento, em que os doentes não conseguiam descansar, ou estavam incomodados, os enfermeiros faziam qualquer coisa para reduzir o ruído e manter um ambiente mais calmo na enfermaria.

Sr. J: no meu caso e pelo facto de ter entrado por tonturas tinha que ter muito cuidado a levantar-me a mover-me. Nesse ponto os enfermeiros foram impecáveis. Nas primeiras horas, como não me podia levantar, vinham muitas vezes saber se precisava de alguma coisa, se estava enjoado, etc.

Sra. L: sempre foram muito amigos. Uma situação o frio apertou, a caldeira devia estar desligadas ou estragadas e o serviço estava gelado. O enfermeiro foi buscar mais roupa de cama, e improvisou um saco de água quente com uma luva com água morna e colocou-me dentro da roupa de cama embrulhado numa toalha. Acabei por adormecer porque estava bem mais quentinha.

Sr. M: como tinha uma TVP tinha que fazer umas injeções na barriga para o sangue ficar mais líquido. O que acontece é que estas injeções às vezes deixavam-me a barriga negra e com “durões” que incomodavam. O enfermeiro logo que percebeu que estava desconfortável com a minha barriga negra e com alguma dor foi buscar uma placa de gelo embrulhada numa toalha e colocou-me na barriga para ajudar a desaparecer o negro e anestesiar um pouco o desconforto.

**12. O que faziam os enfermeiros para que se sentissem mais confortáveis?**

Sra. G: eu tendo o pé partido, este estava sempre muito inchado e com o gesso provocava-me muito desconforto. O modo de me aliviar este desconforto era elevar-me o pé. Sozinha não conseguia, e nesse aspecto os enfermeiros tiveram um papel fulcral neste meu desconforto.

Sra H: tinham sempre imenso cuidado com a nossa higiene pessoal, sempre preocupados em que lavássemos a boca, pentear cabelo e se tínhamos creme de rosto, ou assim faziam questão de colocar, para além do creme de corpo que também colocavam sempre.

Sra. I: não me deixavam faltar com nada. Para mim o conforto era conseguido com a palavra de apreço e carinho que alguns tinham comigo.

Sr. J: não consigo evidenciar algo em específico. Tudo que faziam via-se que era com o objectivo de nos colocar mais confortáveis possível.

Sra. L: todos os dias gostava de ler o jornal. A minha filha deixava-me dinheiro para o meu jornal. E então todos os dias, assim que podiam o enfermeiro pediam à auxiliar para ir à papelaria do hospital comprar o jornal.

Sr. M: mantinham sempre a roupa de cama limpa e esticada. As mesas-de-cabeceira arrumadas e o chão das enfermarias sem grande sujidade.

### **13. De que forma sentiu que o enfermeiro escutava e compreendia os seus problemas?**

Sra G: não havia tempo para grandes conversas, mas as que tínhamos eram de compreensão e carinho.

Sra H: o que conversávamos era importante para mim, os enfermeiros mostravam carinho pelas minhas palavras e por vezes davam-me força com palavras e gestos, nunca me poderei esquecer.

Sra. I: eram amigos dos doentes. O tempo que ficavam junto de nós não dava para se ter grandes conversas, mas o que me queixava eles faziam tudo para que melhorasse das minhas dores.

Sr. J: sempre que chamava os enfermeiros vinham e tentavam ajudar-me no que precisava.

Sra L: havia uma enfermeira que gostava tanto de conversar comigo, que sempre que podia ia para o fundo da minha cama, sentava-se e conversava uns minutos comigo. Ficava pouco tempo mas era muito importante para mim.

Sr. M: não deu para estabelecer laços de amizade, mas sentia que os enfermeiros não me ignoravam e ouviam o que lhes dizia e pedia. Apesar de serem conversas rápidas, os enfermeiros não nos viravam as costas em momento algum.

**14. Em algum momento sentiram que o enfermeiro estava com pouca vontade de vos ajudar? Se sim qual?**

Sra. G: não. sempre atenciosos.

Sra H: nem pensar sempre muito correctos sem caras feias.

Sra I: simpáticos sempre, uns mais calados que outros mas nunca senti que me ajudassem por obrigação.

Sr. J: não senti em nenhum momento que me ajudava por obrigação.

Sra. L: todos eram de uma extrema simpatia. O tempo para conversas era pouco mas o tempo que falavam era muito bem passado.

Sr. M: claro que uns enfermeiros são mais afáveis que outros, penso que por uma questão de feitios, e não por falta de vontade. Não tenho nada a apontar nesse aspecto.

**15. De que modo a forma como o enfermeiro vos tratou influenciou a qualidade do tratamento?**

Sra. G: foram criados laços de confiança com alguns enfermeiros, e quando esses estavam de serviço o dia corria melhor.

Sra H: o tratamento decorreu bem porque os enfermeiros acabam por ser a família que nós não temos no hospital.

Sra. I: podem não ter grande tempo para conversarem connosco mas de facto ajudam muito quando nos dão o seu calor e atenção.

Sr. J: foi muito importante, tive pouco tempo no hospital mas sentia-me perdido e através dos enfermeiros as coisas ficaram mais calmas na minha cabeça.

Sra. L: sim com ajuda da parte técnica que eles têm que ter a palavra amiga que eles tinham, mesmo que por pouco tempo, foi muito importante para mim.

Sr. M: ajudou, basta criar-se confiança com os enfermeiros para ajudar no tratamento, torna tudo mais fácil. A mim facilitou-me muito a relação com eles, o tempo passou-se melhor.

**16. Açam que os enfermeiros ao contactarem convosco vos trataram apenas olhando à doença, ou se pelo contrário sentem que foram criados laços de empatia, compreensão e humanização durante os cuidados de enfermagem?**

Sra. G: olhavam ao todo. Não me viam só como a doente que tinha o pé partido. Foram impecáveis.

Sra. H: eu consegui criar laços de compreensão e empatia, o tempo não era muito com cada enfermeiro, porque o facto de trabalharem por turnos e estarem sempre a rodar, não ajuda para que os doentes criem grandes laços com os doentes.

Sra I: os enfermeiros conseguiam ser humanos, mesmo que a parte técnica fosse muito importante também, eles não se esqueciam do humano.

Sr. J: sentia um grande carinho pelos enfermeiros, eram todos com idade para serem meus netos e/ou filhos. Protegiam-me e ajudavam-me sempre que precisassei.

Sra L: olhavam ao todo, por exemplo, uma doente entrou com muitas feridas e os enfermeiros não descansaram enquanto não curaram as feridas todas, puseram-lhe um colchão mais fofo que o dos outros para que ela não ganhasse mais feridas.

Sr. M: havia valores importantes na prática daqueles enfermeiros. Eram de facto muito preocupados com a técnica, mas também sem ela não tratam os doentes, mas a componente humana, empatia e compreensão também existia.

#### **17. De que forma é que o enfermeiro vos fez sentir como pessoa?**

R: Sra G: preocupação para me sentir como pessoa foi dando-me atenção mesmo que por pouco tempo.

Sra H: não me tratavam mal mas a preocupação era com medicação e pouco mais, o tempo não os deixava fazer mais.

Sra I: pouco tempo tinham para estar junto de nós. Não me tratavam mal mas como uma pessoa especial era difícil porque o contacto era rápido.

Sr. J: havia enfermeiros que eram mais preocupados que outros. Eram companheiros no que conseguiam mas também eram tão poucos sempre.

Sra L: como já referi não faziam por mal, mas o tempo era de facto curto, mas foram importantes neste processo.

Sr. F: não eram indelicados comigo mas não perdiam muito tempo junto de mim, era um contacto rápido daí não me sentir como pessoa especial. Contudo o tempo que estavam junto de mim eram atenciosos.

#### **18. Sentiram alguma vez que os enfermeiros beneficiaram um doente em relação a outro? Porquê?**

R: Sra G: não

Sra H: não

Sra I: não

Sr J: não

Sra L: não

Sr M: não

**19. De que forma os enfermeiros se certificavam da vossa privacidade?**

Sra G: sim mantiveram sempre a minha privacidade, mantinham-me sempre tapada da vista dos outros.

Sra H: sim dentro das condições físicas do serviço nunca fiquei exposta.

Sra I: sim sempre se preocuparam com a privacidade, havia respeito.

Sr J: não me colocaram desnudado à frente de ninguém, sempre foi protegida a minha privacidade.

Sra L: sim eram impecáveis comigo e nunca me senti constrangida nem ameaçada na minha privacidade.

Sr M: eram impecáveis sempre muito respeitadores, não me exponham a ninguém.

**20. Por vezes ouve-se dizer que o enfermeiro tem um papel secundário no cuidado aos doentes. O que acham disto? Qual é a vossa opinião?**

Sra G: nem pensar. O enfermeiro é quem está mais tempo junto de nós. Ele é que sabe melhor que ninguém o que estamos a passar e o que precisamos.

Sra H: não. Para mim está em primeiro lugar. Eles são de facto os que mais nos ajudam no internamento hospitalar.

Sra I: não. Passamos mais horas com o enfermeiro e são eles que sabem o que se passa connosco, sem eles o tratamento certamente demoraria muito mais.

Sr J: não. São muito importantes, são quem mais ajuda o doente e mais junto do doente está.

Sra L: não. É um papel de extrema importância, não fica nada em papel secundário.

Sr M: não. É um papel muito importante o do enfermeiro, o médico passa junto do doente uma vez por dia, o enfermeiro é que é mais próximo de nós.



**21. Como eram os enfermeiros que contactaram convosco? Técnicos ou humanos?**

**Porquê?**

Sra G: tinham um pouco das duas coisas

Sra H: eram um pouco de cada.

Sra I: nenhuma das duas vertentes sobressaía, tinham um pouco de cada.

Sr J: técnicos.

Sra L: tinham um pouco das duas, mas dado o pouco tempo eram se calhar mais técnicos porque o tempo para conversas não era muito.

Sr M: uns paravam mais à conversar enquanto faziam a técnica, outros nem tanto.

**22. De que se lembram quando ouvem falar em enfermeiro? Qualidade e defeitos?**

Sra G: amigos e carinhosos. Sempre a correr.

Sra H: companheiros e simpáticos. Pouco tempo para conversar.

Sra I: simpáticos e competentes. Às vezes distantes e sempre a correr.

Sr J: simpáticos. Pouco tempo para conversar, mais técnicos.

Sra L: competentes. Pouco tempo para conversar.

Sr M: competentes, companheiros, alguns com curtas conversas.

**23. Que acham que devia ser melhorado na relação enfermeiro-doente?**

Sra G: mais presente, mais tempo com cada doente.

Sra. H: por vezes dispor de mais tempo para cada doente, mas para isso deveria ser contratados mais enfermeiros.

Sra I: contacto inicial mais caloroso e menos rápido.

Sr. J: cada vez reduzem mais os profissionais e isso reflecte-se na qualidade dos cuidados porque o tempo para cada doente é menor. Não por falta de vontade mas porque são muitos doentes para poucos enfermeiros.

Sra L: mais presente

Sr M: acho importante desenvolverem mais o contacto inicial para acalorar e moralizar o doente que acaba de ser internado.

**24. Como gostariam que fosse o enfermeiro ideal?**

Sra G: mais presente

Sra H: menos técnico e mais presentes

Sra I: com mais tempo para cada doente

Sr J: mais tempo para cada doente

Sra L: mais tempo de conversa era importante no conforto dos doentes

Sr M: mais presentes no contacto inicial e ao longo do internamento

**25. Querem acrescentar alguma ideia que ainda não tenha sido abordada?**

R: Sra G: não

Sra H: não

Sra I: não

Sr J: não

Sra L: não

Sr M: não

**26. Idade:**

Sra G: 89

Sra H: 70

Sra I: 79

Sr J: 96

Sra L: 85

Sr M: 82

**Sexo:** Sra G, H, I e L são do sexo feminino

J e M são do sexo masculino

**Estado civil:**

Sra G: Viúva

Sra H: Viúva

Sra I: Viúva

Sr J: Viúvo

Sra L: Viúva

Sr M: Casado

**Situação laboral:**

Sra G: reformada (antiga costureira)

Sra H: reformada (antiga doméstica)

Sra I: reformada (antiga doméstica)

Sr J: reformado (antigo funcionário dos correios)

Sra L: reformada (antiga costureira)

Sr M: reformado (antigo motorista)

**Escolaridade:**

Sra G: < 9º ano

Sra H: < 9º ano

Sra I: < 9º ano

Sr J: < 9º ano

Sra L: < 9º ano

Sr M: < 9º ano

# ANEXO III – Codificação de Unidades de Registo

## Exemplo de Codificação de Unidades de Registo para um elemento do focus-group

	Unidades de Registo (UR)	Unidades de Contexto (UC)	Sub-categorias	Categoria
Sra. A	“fez-me sentir em casa”	Espaço terapêutico agradável	- cumplicidade  - ambiente acolhedor  - espírito familiar	Humanista
	“senti que compreendiam o que estava a passar, mas andavam todos muito cansados e saturados”	Tempo de contacto curto	- tratada de forma rápida  - sentiu-se pouco acarinhada  - objecto de cuidado  - contacto frio	Biomédico sob - stress
	“faziam as coisas para nosso bem”	Espaço terapêutico agradável	- ambiente acolhedor  <b>Vs</b>  - fuga de resposta para ocultar queixas	Humanista
	“não foi pelo facto de terem tido pouco tempo para conversar comigo que fizeram mal seu trabalho”	Tempo de contacto curto	- dificuldade de relação mais próxima  - contacto rápido  <b>Vs</b>  - fuga de resposta por entrevistador ser enfermeiro	Biomédico vs Humanista

“faziam os tratamentos com qualidade, apenas falavam pouco”	Relações interpessoais distantes	-tratada de forma rápida -dispensada pouca atenção por parte dos enfermeiros -objecto de cuidado -contacto frio	Biomédico vs Humanista
“não senti discriminação em relação a outro doente”	Equidade de tratamento	- fuga de resposta para ocultar queixas	Humanista
“esteve sempre um enfermeiro perto quando precisei”	Importância para a equipa de enfermagem	- ambiente acolhedor - relação terapêutica com a equipa - cumplicidade	Humanista
“o tempo que arranjavam para nós era pouco, não por falta de vontade e insensibilidade, mas porque era imenso trabalho para poucos profissionais”	Tempo de contacto curto	- tratamento rápido - contacto frio -noção de sobrecarga de trabalho - dificuldade de relação	Biomédico sob-stress
“quando percebi a carga de trabalho dos enfermeiros decidi não pedir nada aos enfermeiros porque eles mal tinham tempo para chegar a todos os doentes”	-Tempo de contacto curto -sobrecarga de trabalho	-noção sobrecarga de trabalho -noção deficit de recursos humanos em enfermagem -acomodação/ resignação ao contacto frio	Biomédico sob-stress

	“senti-me à vontade com eles, contudo era um trabalho tão exigente, que lhes retirava tempo para estar descansados junto dos doentes”	-sobrecarga de trabalho	-noção sobrecarga de trabalho  -noção deficit de recursos humanos em enfermagem  -acomodação/ resignação ao contacto frio	Biomédico sob-stress
	“o enfermeiro às vezes explicava o que ia fazer outras vezes não”	Relações interpessoais distantes	-dificuldade de relação  -tratamento rápido  -objecto de cuidado  -contacto frio	Biomédico
	“sentia que por vezes não faziam mais porque não tinham enfermeiros que chegue”	-sobrecarga de trabalho  -relações interpessoais distantes	-noção sobrecarga de trabalho  -noção deficit de recursos humanos em enfermagem  <b>Vs</b>  -resignação com contacto frio para ocultar dificuldade de relação	Biomédico vs Humanista
	“agradou-me o modo como tecnicamente o enfermeiro trabalhou”	-Tecnicismo  -tempo de contacto curto	-tecnicismo  -relação distante  -contacto frio  -objecto de cuidado	Biomédico

“o contacto era rápido fazendo o que tinha para fazer parando pouco para conversar”	-Tecnicismo -tempo de contacto curto -relações interpessoais distantes	-tecnicismo -relação distante -contacto frio -objecto de cuidado	Biomédico
“colocavam por exemplo cobertor para me porem mais confortável, mas por falta de tempo não podiam fazer muito mais”	-sobrecarga de trabalho -espaço terapêutico agradável -tempo de contacto curto	-Ambiente acolhedor -esforço dos profissionais para manter conforto do doente Vs -tecnicismo -relação distante -contacto frio -objecto de cuidado	Biomédico sob – Stress
“diferentes enfermeiros todos os dias dificultava o estreitamento de laços”	-Relações interpessoais distantes -tempo de contacto curto	-rotatividade a mais de enfermeiros -dificuldade de relação de empatia e cumplicidade -dificuldade em estreitar laços	Biomédico
“não houve grande cuidado para me sentir pessoa”	-Relações interpessoais distantes	-objecto de cuidado -contacto frio -dor por não ser acarinhada	Biomédico

“faziam o que tinham a fazer e iam para o próximo doente”	-Tecnicismo  -tempo de contacto curto  -relações interpessoais distantes	-objecto de cuidado  -contacto frio  -dor por não ser acarinhada	Biomédico
“senti que olharam apenas à minha doença. Também não estava à espera de mais nada além disso”	-tempo de contacto curto  -relações interpessoais distantes	-objecto de cuidado  -contacto frio  -momentos de solidão  -resignação ao contacto frio	Biomédico
“mantinham a minha privacidade”	Ambiente terapêutico agradável	-Ambiente acolhedor  <b>Vs</b>  -fuga de respostas para ocultar queixas	Humanista
“o médico não é mais que o enfermeiro e vice-versa. Todos precisam de todos”	Importância para tratamento	-reconhecimento de importância do papel do enfermeiro  -vontade de melhoria da qualidade dos cuidados	Humanista
“deviam ser mais presentes”	Tempo de contacto curto	-busca do enfermeiro ideal  - tristeza por contacto frio	Biomédico
“são muito bons profissionais, não é fácil lidar com pessoas que estão a toda a hora a chamar por eles, sendo	-sobrecarga de trabalho  -tempo de contacto curto	-desculpabilização de dificuldade de relação  -contacto frio  -noção de sobrecarga de	Biomédico vs Humanista



	eles tão poucos”	-tecnicismo  -relações interpessoais distantes	trabalho  -noção de deficit de recursos humanos em enfermagem	
	“deveriam estar mais tempo com cada doente”	-tempo de contacto curto  -relações interpessoais distantes	- dor por frieza e distancia no contacto  -desejo de melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem	Biomédico
	“deveriam ser mais cúmplices”	-relações interpessoais distantes	- dor por frieza e distancia no contacto  -desejo de melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem	Biomédico

ANEXO IV - Categorias e as frequências totais para cada categoria em cada entrevistado

Entrevistados	Categoria			
	<u>Biomédica</u>	<u>Humanista</u>	<u>Biomédica</u> <u>vs</u> <u>Humanista</u>	<u>Biomédico</u> <u>sob-stress</u>
<b>A</b>	10	6	4	5
<b>B</b>	11	9	3	1
<b>C</b>	12	6	1	3
<b>D</b>	8	5	1	6
<b>E</b>	7	8	4	5
<b>F</b>	11	7	3	5
<b>G</b>	7	2	5	1
<b>H</b>	5	7	4	1
<b>I</b>	5	8	3	3
<b>J</b>	6	11	1	1
<b>L</b>	9	5	3	1
<b>M</b>	10	7	2	1
<b>Total</b>	<b><u>101</u></b>	<b><u>81</u></b>	<b><u>34</u></b>	<b><u>33</u></b>